

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N 104

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES RAPPORTS ENTRE LA

Dégénérescence Kystique Lutéinique

DES OVAIRES

ET LA MOLE HYDATIFORME

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Juin 1921

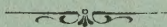
PAR

Christian LORiot

Né à Paris, le 31 Janvier 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VALLOIS, professeur, <i>président</i> .	Assesseurs
		De ROUVILLE, professeur.	
		GRYNFELLT, professeur.	
		P. DELMAS, agrégé.	



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RAPPORTS ENTRE LA
DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE LUTÉINIQUE DES OVAIRES
ET LA MOLE HYDATIFORME

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES RAPPORTS ENTRE LA

Dégénérescence Kystique Lutéinique

DES OVAIRES

ET LA MOLE HYDATIFORME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Juin 1921

PAR

Christian LORiot

Né à Paris, le 31 Janvier 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VALLOIS, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		De ROUVILLE, professeur.		
		GRYNFELLT, professeur.		
		P. DELMAS, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N....
Hygiène	VIERES.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	DUC.
Clinique chirurgicale	N...CAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses...	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RI MBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine ...	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.	Accouchements:	LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Histoire natur.	DELMAS (P.)
Anatomie.....	MARGAROT.	Physique.....	GALAVIELLE
Chimie.....	DELMAS (J.)		CABANNES.
	MESTREZAT		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. VALLOIS, professeur, <i>président</i> .	MM. GRYNFELTT, professeur.
De ROUVILLE, professeur.	P. DELMAS, <i>agré</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

TUÉ A L'ENNEMI

A MA FEMME

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE LE DOCTEUR AVIÉRINOS

*A qui nous devons d'avoir embrassé
la carrière médicale et dont l'exemple
nous a fait comprendre tout l'amour et
le respect qu'elle doit nous inspirer.
Hommage de filiale affection.*

A TOUS LES MIENS

C. LORiot.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUÉRIN-VALMALE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et a bien voulu nous aider de ses
conseils et de sa haute autorité.*

*Hommage de respectueuse gratitude
et de profonde admiration.*

A TOUS NOS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX
DE MARSEILLE

Hommage reconnaissant et respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRYNFELLT

*Qui a eu l'aimable bienveillance de
nous communiquer les résultats de ses
examens microscopiques.*

Respectueuse gratitude.

G. LORiot.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

C. LORiot.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES RAPPORTS ENTRE LA

DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE LUTÉINIQUE DES OVAIRES

ET LA MOLE HYDATIFORME

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années la coexistence de la dégénérescence kystique lutéinique des ovaires et de la môle hydatiforme a été l'objet de nombreuses observations. Il n'en faudrait pas conclure cependant que cette dégénérescence ne se rencontre que dans les cas de môle hydatiforme ou de chorio-épithéliome. Rokitansky aurait décrit le premier des tumeurs polykystiques chez une femme morte d'infection puerpérale. Depuis, de nombreuses observations d'altérations semblables ont été notées au cours d'états pathologiques divers. Santi, Fraenkel, Opitz, Cornil, de Bovis, Orthman, Mulon les ont souvent rencontrées dans des cas où il n'y avait jamais eu de môle. Wallart et Seitz pensent que la présence des cellules lutéiniques au milieu du stroma ovarien est normale car ils les ont trouvées aussi bien dans le cas de môle que dans celui de gros-

sesse physiologique. Risel même est plus affirmatif encore puisqu'il dit avoir vu cette disposition dans le cas d'utérus non gravide.

Il n'en reste pas moins vrai que les altérations kystiques lutéiniques sont très fréquentes en cas de môle et ce fait a frappé de nombreux observateurs.

Le premier qui l'ait signalé semble avoir été Grégorini en 1795 (Thèse de Halle). Dans la seconde moitié du XIX^e siècle quelques observations éparses de Hohl, Fritz, Kast, Barnes, Waldeyer enregistrent le même fait sans y attirer l'attention.

Le remarquable *Traité d'obstétrique* de Tarnier, les *Dictionnaires* de Dechambre et de Jaccoud, sont muets à cet égard.

C'est à Marchand, dans ses travaux publiés en 1893 et 1895 que l'on doit d'avoir remis ce sujet en question et d'avoir le premier cherché à établir des rapports étiologiques entre les faits.

Après lui les recherches se multiplient surtout à l'étranger avec Runge, Patellani, Santi, Calderini, Fraenkel qui disait en 1904 « la coexistence est si fréquente que personne aujourd'hui ne la considère plus comme un effet du hasard ».

En France, au XIII^e Congrès international de Paris, Pinard relate un cas de môle avec dégénérescence kystique des ovaires. Mais il faut arriver en 1905 avec la thèse de Livadas (Lyon) inspirée par Commandeur, pour avoir la première étude d'ensemble. A partir de ce moment les observations deviennent de plus en plus nombreuses. Successivement on relève les articles de Goullioud (1906) et de de Bovis (1906). En 1910, Forgue et Massabuau envisagent la question dans leur remarquable travail sur l'ovaire à petits kystes. La thèse de Pouget paraît en 1911. Enfin,

le *Traité d'accouchements* de Bar, Brindeau et Chamberlent (1914) rend cette question désormais classique.

Dans cette modeste étude nous nous proposons, en parlant de faits bien établis et admis par la plupart des auteurs modernes d'étudier la corrélation qui existe entre la môle hydatiforme et la dégénérescence kystique lutéinique des ovaires.

Dans la première partie, nous envisagerons la grossesse physiologique au point de vue des rapports entre les ovaires et l'état gravide.

Dans la deuxième partie, nous étudierons la dégénérescence kystique des ovaires dans la môle puis la toxémie gravidique molaire.

Dans la troisième partie, nous essaierons de confronter les faits et d'en tirer une conclusion qui nous semble le mieux cadrer avec les données cliniques.

Enfin, dans la quatrième et dernière partie, nous envisagerons les données pratiques qui nous paraissent découler de notre étude.

Pendant les six derniers mois nous avons eu l'heureuse chance d'observer dans les hôpitaux de Marseille quatre nouveaux cas de môle hydatiforme avec dégénérescence kystique des ovaires. Nous en donnons les observations.

Nous avons cru inutile d'alourdir ce travail en reproduisant des cas où seule la coexistence des kystes lutéinique et de la môle était le fait intéressant. Les observations que nous avons reproduites sont groupées en deux catégories: les cas de régression des kystes après l'avortement molaire et ceux où une persistance de ces kystes coïncide avec une transformation maligne post-molaire. Elles sont résumées; nous ne les donnons qu'à titre documentaire.

PREMIERE PARTIE

LES OVAIRES ET LA RÉACTION HUMORALE DES VILLOSITÉS DANS LA GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE

L'ovaire élabore un ovule. Cet ovule, arrivé à maturité, fécondé, va effectuer sa nidation.

Le corps jaune gestatif va alors s'organiser. Ce corps jaune vrai est identique au périodique au point de vue histogénétique : même développement aux dépens du follicule de de Graaf rompu, même origine des cellules à lutéine. Mais tandis que le périodique naît, se développe et s'atrophie en l'espace de quelques jours, le gestatif est beaucoup plus durable. Au bout d'un mois, il est en pleine activité, volumineux ; parfois même, suivant Mulon, il serait aussi gros que le reste de l'ovaire. Cette activité dure jusqu'au tiers ou au milieu de la grossesse, époque vers laquelle il commence à régresser. Parfois cependant on l'a vu persister jusqu'au neuvième mois.

Mais au cours de la première moitié de la grossesse, le corps jaune n'est pas le seul à présenter des modifications intéressantes. L'ovaire lui-même et en particulier les follicules jeunes et le stroma ovarien subissent des transformations. Les cellules de la thèque interne se gonflent et se transforment en cellules en tous points comparables aux cellules à lutéine du corps jaune et vont alors présider à l'atrésie folliculaire.

De Sinéty avait déjà remarqué (en 1877) que le nombre des follicules atrésiés était beaucoup plus considérable pendant la grossesse qu'à l'état de vacuité. Les travaux de Wallart nous montrent que cette atrésie peut se réaliser de deux façons :

1° La cavité folliculaire est petite; elle peut être comblée totalement par les cellules de la thèque interne, les « théca luteinzellen ». Nous avons l'atrésie oblitérante.

2° La cavité folliculaire est grande; elle ne peut alors s'oblitérer par les cellules de la thèque interne qui se contentent de tapisser la cavité. Nous avons dans ce cas l'atrésie kystique qui réalise la dégénérescence kystique lutéinique.

De plus, les cellules de la thèque interne qui ne concourent pas à l'atrésie folliculaire restent dans le stroma ovarien surtout localisées d'une part autour des follicules normaux qui tendent vers la maturité et d'autre part autour des follicules atrésiés.

De toutes ces modifications des éléments constitutifs de l'ovaire résulte une hyperplasie de ces organes dont le volume peut doubler suivant Jacquemier. C'est ainsi que Davaris relate le cas d'une femme qu'il a soignée et a eu un avortement de six semaines, puis deux ans après un accouchement à terme. Pendant les deux époques de parturition et aussitôt après, il a pu constater nettement une augmentation de volume des deux ovaires (surtout le gauche qui avait la grosseur d'une petite mandarine) qui, dans un laps de temps plus ou moins long, recouvrèrent leur volume antérieur. Seitz en 1905 publie 36 cas d'ovaires augmentés de volume au cours de la grossesse normale, cas se présentant à tous les stades de la gestation; l'hyperplasie des cellules à lutéine y était fréquente à partir du second mois. Potet en 1910 signale un gonflement

considérable des cellules de la thèque interne avec augmentation du volume des ovaires dans les grossesses jeunes utérines ou extra-utérines.

Or, pendant la première moitié de la grossesse, que se passe-t-il du côté de l'œuf et de la femme enceinte?

L'œuf fécondé a besoin pour se développer de se nourrir aux dépens de l'organisme maternel. La membrane ovulaire externe se hérisse de villosités en même temps que se transforme la muqueuse utérine pour favoriser le développement de l'œuf. Elle perd son épithélium, ses glandes, s'hypertrophie et accroît tout son système vasculaire. Les villosités sont d'abord disséminées sur toute l'étendue de l'ectoderme chorial puis à partir du troisième mois persistent seulement en un point où va se former le placenta fœtal. Celui-ci peut donc se résumer dans la villosité choriale. Celle-ci ne joue pas le rôle d'un simple intermédiaire disposé entre la mère et le fœtus, mais on lui assigne à l'heure actuelle un rôle beaucoup plus actif.

En effet, le but de la villosité est d'arriver à atteindre le plus vite possible les vaisseaux maternels pour y puiser la nourriture nécessaire à l'embryon. Pour cela, elle va désorganiser le moyen de protection de la muqueuse utérine et pénétrer par effraction jusqu'aux veines. La partie active de la villosité est l'épithélium de revêtement; c'est le syncitium qui est chargé de l'élaboration aux dépens du sang de la mère des matériaux nécessaires. On sait en effet depuis Veit que le syncitium provoque dans l'organisme des réactions biologiques; il a une action hémoclasique manifeste sur le sang maternel, il détruit les globules sanguins et dans leurs débris puise des matériaux de nutrition. Nous avons vu son action envahissante qui corrode la muqueuse jusqu'à pénétrer dans les vaisseaux; des débris de villosités, des villosités entières ou des cel-

lules syncytiales (les syncytiales *Wanderzellen* de Marchand) peuvent émigrer jusque dans la sérotine et les veines du muscle utérin. Schmorl a même montré que des éléments syncytiaux peuvent être entraînés à distance dans le torrent circulatoire maternel.

Nous nous rendons compte par ces faits que nous venons de rappeler que le placenta ne peut plus être considéré comme un organe inoffensif et transitoire situé entre la mère et le fœtus; en particulier le revêtement épithélial de la villosité possède des propriétés destructives et envahissantes vis-à-vis des éléments maternels. Mais là ne se borne pas son action. Pour certains auteurs le placenta aurait le pouvoir de jeter dans le sang de la mère des substances spéciales qui provoqueraient la formation de véritables anticorps dans le sérum maternel. Petzalis a fourni les preuves histologiques des fonctions sécrétoires du tissu syncytial. Ainsi, le placenta villex normal serait non seulement un organe envahissant et destructeur mais encore un organe toxique et il aurait la faculté, grâce à une véritable sécrétion, de détruire et de digérer les globules rouges maternels agissant en cela comme une glande vasculaire sanguine.

On peut donc considérer l'œuf villex jeune suivant l'expression de Fieux et Mauriac « comme une véritable greffe parasite qui peut aller jusqu'à la tumeur maligne lorsque l'attaque est trop vive et la défense insuffisante ».

Si la toxémie villeuse existe, elle doit se manifester surtout pendant les premiers mois de la grossesse car à cette époque l'activité des cellules syncytiales est au maximum et les villosités entourent l'œuf tout entier. Au contraire les phénomènes causés par l'auto-intoxication gravidique seront surtout marqués dans la seconde moitié de la grossesse, époque où les productions syncytiales sont beaucoup moins actives.

Bohm et Poten, les premiers, publièrent des travaux sur l'intoxication gravidique des premiers mois, produite par l'œuf villeux. Fieux et Mauriac ont montré l'existence de la toxémie villeuse par la méthode de déviation du complément de Bordet et Gengou. Ils ont conclu d'après 55 cas : que l'antigène spécifique se rencontre surtout au début de la grossesse (de quelques semaines à quelques mois) ; que dans le sérum des femmes enceintes existe un anticorps dont la présence coïncide avec le maximum d'activité du syncytium. Cet anticorps peut être soit un moyen pour l'organisme maternel de lutter contre l'agression placentaire en neutralisant les toxines syncytiales ; soit un pseudo-anticorps provenant de résidus de tissus maternels détruits par les villosités. Gräfenberg aurait découvert en effet dans la frange chorio-épithéliale du placenta un ferment protéolytique qui serait en pleine activité du deuxième au quatrième mois et aurait pour mission de digérer les tissus maternels.

L'anticorps serait alors le produit de destruction des tissus maternels par l'enzyme.

Sur ce sujet, Fieux et Mauriac concluent de la façon suivante : « Le sang de la femme enceinte contient au début de la grossesse un anticorps spécifique de l'élément toxique ou destructeur propre à la villosité choriale jeune. Cet anticorps peut être décelé très nettement dans le courant des deuxième et troisième mois. Il s'atténue vers le quatrième et ne se décèle plus les mois suivants. Parfois il se trouve à la suite d'un avortement jeune et récent ».

L'importante thèse de M. Vayssière, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille, nous amène à des conclusions semblables (Montpellier, 1912).

Mais la toxémie villeuse ne se révèle pas uniquement par des recherches de laboratoire. Nous savons que c'est

précisément pendant cette première partie de la grossesse que se passent chez la femme un certain nombre de phénomènes que l'on est convenu d'appeler les phénomènes sympathiques de la grossesse. Ils peuvent revêtir une fréquence et une intensité plus ou moins grandes; ils ne font que traduire la réaction de l'organisme envers un état nouveau: une intoxication provoquée par la grossesse.

Cette intoxication, d'origine ovulaire, quoique nous ne la connaissions qu'imparfaitement est d'ailleurs bien moins complexe que les réactions de l'organisme maternel qui appelle à son aide toutes les glandes à sécrétions internes. On a remarqué depuis longtemps le développement physique du foie et de la rate, on sait aussi qu'il y a hyperfonctionnement du corps thyroïde, des parathyroïdes, de la glande pituitaire et des surrénales.

En rapprochant ces faits de ce que avons dit à propos de l'ovaire, nous voyons:

1° Que le corps jaune atteint son maximum de développement au moment même et pendant tout le temps où: d'une part, on peut déceler dans le sang maternel l'anticorps villeux, d'autre part, on constate les phénomènes sympathiques de la grossesse avec un maximum d'intensité et de fréquence.

2° Que la régression de ce corps jaune concorde avec la diminution puis l'arrêt de ces phénomènes.

3° Que les ovaires sont normalement augmentés de volume au cours de la grossesse normale et que leur retour au volume primitif s'effectue si pour une raison quelconque la grossesse est interrompue (Seitz, Wallart, Cohn, Pottet, Davaris).

Enfin Pottet, dans quatre cas de vomissements graves de la grossesse terminés par la mort a toujours trouvé une lésion commune: des ovaires volumineux avec altérations

lutéiniques. Devraigne et Chirié ont également publié un cas de mort par vomissements incoercibles: le placenta était normal et les ovaires volumineux, scléro-kystiques des deux côtés.

Devant ces faits nous avons deux façons de conclure: ou bien l'ovaire hypertrophié fait partie du cortège général de la réaction de défense et c'en est en quelque sorte une manifestation banale ou bien il y a relation directe entre l'insuffisance fonctionnelle de l'ovaire, notamment du corps jaune et certains accidents de la grossesse.

Si cette dernière façon de voir était exacte l'ovariotomie double au début de la grossesse, apportant une incapacité fonctionnelle ovarienne totale, devrait provoquer des accidents inévitables. Or, les faits cliniques sont nombreux où pour des raisons diverses cette opération a été pratiquée. En 1904, Maudl pouvait présenter trente cas d'ovariotomie double aux différents stades de la grossesse; dans six cas seulement il y avait eu avortement et encore pour ces cas nous sommes en droit d'invoquer le traumatisme. Fieux et Schœckaert ont constaté des cas semblables. Clotilde Mulon, dans sa thèse (Paris, 1917), ne retient que les cas de castration effectués jusqu'à la septième semaine pour rester ainsi dans les limites d'activité du corps jaune fixées par Fraenkel, bien arbitrairement d'ailleurs. Elle cite ainsi dix-neuf observations où la grossesse a évolué d'une façon normale jusqu'à terme.

De plus, nous savons que les tumeurs primitives de l'ovaire sont influencées par la grossesse qui les hypertrophie et leur donne un coup de fouet sans qu'aucune régression soit constatée dans la suite; nous ne saisissons donc pas pourquoi si la dégénérescence ovarienne était primitive, les ovaires pourraient revenir à leur volume normal après l'interruption de la grossesse.

En résumé et comme conclusion de tout ceci, nous admettons qu'il existe chez la femme enceinte une toxémie villeuse, surtout marquée dans les premiers mois de la gestation; que l'ovaire, en particulier le corps jaune, réagit sous l'influence de cette toxémie villeuse s'élaborant ainsi à titre de glande à sécrétion interne pour répondre à l'état particulier de la femme enceinte.

A ce début de l'état gravide plus ou moins marqué de phénomènes qui cèdent comme par enchantement à la fin de la première moitié de la grossesse, on oppose toute la seconde partie de la gestation qui devient au contraire une période d'euphorie et de nutrition parfaite. Pendant cette période l'œuf n'est plus villeux, le placenta a perdu ses caractères de « tumeur maligne », le corps jaune a régressé, les signes sympathiques s'ils n'ont pas disparu sont du moins considérablement atténués.

DEUXIEME PARTIE

I

DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE LUTÉINIQUE DES OVAIRES

Caractères. — Les cas publiés et observés nous montrent les ovaires avec des caractères à peu près constants. Ce sont des tumeurs dont le volume peut varier de celui d'un ovaire normal à la grosseur d'une tête d'enfant (Runge et Krømer, ainsi que notre observation III) voire même au volume d'une tête d'adulte comme dans le cas de Stoeckel. Elles sont arrondies ou ovalaires, mobiles; leur surface parfois lisse est le plus souvent irrégulière et bosselée.

Ces tumeurs sont kystiques, multiloculaires et bilatérales.

Le volume des kystes est très variable; il oscille autour d'un volume moyen représenté à peu près par un œuf de pigeon (Fisch); il peut même assez souvent n'être décelable que par le microscope. Dans deux de nos observations (obs. I et II) les tumeurs avaient le volume d'un gros poing, dans la troisième, elles étaient de la grosseur d'une tête d'enfant (obs. III); dans la quatrième, elles étaient plus petites: mandarine et noix verte (obs. IV).

La disposition généralement recontrée montre des kystes multiples avec l'un d'eux volumineux et les autres plus

petits ou bien de nombreux kystes moyens et petits. Macroscopiquement Blacher en a compté jusqu'à 22, Secte jusqu'à vingt dont cinq avaient le volume d'une noix. Il y a d'ailleurs sous ce rapport la plus grande diversité; ce qui est acquis c'est que les tumeurs ovariennes uniloculaires sont extrêmement rares (Göbel). Par rapport à la tumeur ovarienne, les kystes les plus volumineux sont en général périphériques, les plus petits siégeant de préférence dans la substance médullaire et les bandes conjonctives qui séparent les gros kystes (Poten et Wassmer).

Ces kystes sont sphériques, ovoïdes ou aplatis. Ils contiennent une substance claire, jaunâtre, plus rarement colorée en gris ou brun foncé et dont la consistance varie de la fluidité de l'eau à la viscosité du mastic. Leur paroi est mince (1 à 3 millimètres au maximum) si mince même que parfois le toucher et palper combinés ont donné nettement la sensation de rupture d'un petit kyste (Bar). Vue à l'œil nu, elle comprend deux couches: une externe formée d'un tissu blanchâtre ou rosé d'aspect fibreux et une interne facilement détachable et présentant des plis et des festons (Runge). Celle-ci, suivant certains auteurs (Runge, Pick, Coous) serait caractérisée par une coloration grisâtre; suivant Wiesser n'aurait pas de coloration caractéristique.

À l'examen microscopique, au contraire, on distingue trois couches à cette paroi: une couche cellulaire interne, une couche conjonctive lâche et une couche conjonctive dense fibreuse. Le contenu des kystes apparaît alors comme une substance homogène ou granuleuse renfermant des cellules épithéliales ou même épithélioïdes gonflées, des noyaux en dégénérescence, des globules rouges et des leucocytes; on peut aussi y constater des cellules de la membrane granuleuse (Fisch). A un moment donné on pensait que c'étaient là des kystes du corps jaune et on

considérerait la « *degeneratio polycistica luteinalis* » de Pick comme une dégénérescence des corps jaunes.

Or, Stœckel, Bomberg, Jaffé qui ont étudié le corps jaune gravidique dans les ovaires en cas de môle n'ont pas noté d'altérations. Wallart à son tour retrouve dans un corps jaune molaire du volume d'une cerise l'image exacte du corps jaune normal; c'est seulement cet excès de volume du corps jaune que note également Pinto.

Les travaux de Wallart, Seitz et Cohn ont établi que ces prétendus kystes du corps jaune se développent bien souvent aux dépens des follicules de de Graaf non rompus par un processus d'atrésie et que la dégénérescence polykystique lutéinique ne présente aucune structure fondamentale qui la différencie d'avec les autres formes d'ovaires kystiques. La question reprise par Forgue et Massabuau a été définitivement réglée dans ce sens. Notamment, ils concluent que dans la variété de kystes coïncidant avec les tumeurs chorio-épithéliales de l'utérus, l'atrésie du follicule s'accompagne d'une hyperproduction de cellules à lutéine de la thèque interne et peut donner naissance à deux ordres de formations comparables à celles des ovaires normaux. Ce sont, soit les corps atrésiques lutéiniques formés par des amas de cellules interstitielles dans le stroma ovarien, soit de kystes lutéiniques c'est-à-dire des follicules atrésiés. Cette atrésie folliculaire s'accompagnant de l'hypertrophie des cellules interstitielles de l'ovaire est donc le fait dominant de toutes les variétés des ovaires à petits kystes.

Par ailleurs le stroma ovarien présente en général la même constitution que pendant la gestation mais un œdème très accentué lui donne un aspect gélatineux. Les follicules primordiaux ne semblent différer ni par leur aspect ni par leur nombre de ceux d'un ovaire non gravide (Wal-

lart) ; quant à ceux en voie de développement ils sont tantôt très nombreux (Wallart), tantôt en très petit nombre (Jaffé, Kuban) ou même font complètement défaut (Wiegandt).

Enfin, dernière constatation, qui a son importance, il résulte des examens de Kuban, d'Otto Engström, de Viana que, dans ces ovaires polykystiques, il n'y a aucune trace d'inflammation ni d'infiltration leucocytaire.

En rapprochant ces données de celles auxquelles nous nous sommes arrêtés dans le cas de grossesse normale, nous voyons que les altérations ovariennes sont exactement superposables dans les deux cas. Elle consistent essentiellement en une hypergénèse des cellules de la thèque interne, s'accompagnant plus ou moins fréquemment de macro ou de microkystes.

Bilatéralité. — Les tumeurs ovariennes, avons-nous dit, sont bilatérales. En effet, Rosa Patellani en 1904, alors que les altérations microscopiques n'étaient pas aussi systématiquement recherchées qu'aujourd'hui, arrivait déjà à 89 % de lésions bilatérales en éliminant les cas douteux. Krømer, sur dix observations, relate sept cas d'altérations bilatérales cliniquement constatées ; mais nous ferons remarquer que chez ce dernier auteur ce sont des constatations cliniques et nous savons que parfois les altérations lutéiniques ne sont décelables qu'au microscope. Il en est ainsi dans les cas de Barnes et de Kast où un ovaire fut considéré comme normal à l'examen macroscopique seul. Cependant, il existe des observations complètes où le cas de lésion unilatérale est patent (Essen, Moller). Enfin Smidt et Hammerschlag entr'autres ont signalé l'absence de l'ovaire d'un côté. Rien ne prouve en ce cas que si l'ovaire avait existé il n'aurait pas subi lui aussi la dégénérescence lutéinique.

Dans les quatre nouvelles observations que nous apportons, les lésions sont bilatérales. Nous ne pouvons pas évidemment en inférer que c'est là une règle absolue. Mais la certitude d'une dégénérescence lutéinique ne peut être donnée que par l'examen microscopique. Nous estimons donc que les chiffres fournis par les statistiques englobant des cas où cet examen n'a pas été pratiqué ne peuvent donner qu'un pourcentage minimum des lésions bilatérales.

Ce que l'on constate fréquemment, c'est une différence de volume notable entre les deux tumeurs kystiques; les auteurs s'accordent tous à constater que celle de gauche serait en général plus volumineuse que celle de droite. C'est ce que notre observation IV fait ressortir nettement. Cependant les cas ne sont pas rares où la tumeur droite se trouve beaucoup plus volumineuse que la gauche; notre observation I en est une nouvelle constatation.

En somme, on peut conclure: que les tumeurs lutéiniques ne relèvent pas d'un processus inflammatoire, qu'elles sont kystiques, multiloculaires et dans la très grande majorité des cas bilatérales avec hypertrophie plus marquée pour l'ovaire gauche en général; enfin qu'elles sont microscopiquement caractérisées par l'hypergénèse des cellules lutéiniques.

Fréquence. — Dans le très grand nombre de cas de môle hydatiforme relevés dans la littérature, il faut faire trois catégories quant à la question qui nous occupe: ceux où les tumeurs étaient nettement constatables et ont été constatées, ceux où les ovaires n'ont pas attiré l'attention et n'ont pas été examinés et enfin ceux où les ovaires quoique paraissant normaux macroscopiquement étaient cependant atteints de dégénérescence lutéinique. Nous ve-

nons de voir en effet que nous devons tenir compte de lésions visibles parfois à l'examen microscopique seulement et qui sans lui resteraient ignorées. On comprend donc l'impossibilité de relever une statistique qui puisse serrer la réalité.

Runge note que sur vingt-cas de môle, dans seize observations les ovaires étaient passés sous silence et dans douze cas ils étaient kystiques. En 1904, Rosa Patellani trouve 49 cas de dégénérescence kystique dont 37 cas coexistant avec la môle et 12 cas avec la môle suivie de chorio-épithéliome. En 1905, Serafino Patellani arrive à 62 cas dont 44 avec la môle et 18 avec la môle à l'origine d'un chorio-épithéliome. Krømer, dans des constatations cliniques personnelles, trouve, sur 15 cas de môle, 10 cas de tumeurs lutéiniques ce qui fait une dégénérescence macroscopique de 66 %.

Si l'on songe que ces pourcentages ne peuvent découler que de constatations positives on se rend compte que souvent des tumeurs lutéiniques ont dû échapper au dénombrement. En effet, chaque cas de môle où les ovaires ne sont pas examinés microscopiquement peut être considéré comme positif. De plus cette étude est de date récente et il y a peu de temps que l'attention est systématiquement attirée de ce côté. Ainsi dans la thèse d'Ouvry (1897), nous relevons dans son observation II « Présence d'un kyste du volume d'une mandarine dans le ligament large gauche ». C'est tout à fait par hasard que ce détail est noté car l'auteur n'y attire pas l'attention. Nous sommes en droit cependant de supposer qu'il s'agissait là d'un kyste lutéinique. De même Briquel, dans sa thèse si complète de 1903, écrit: « On s'est plu à attirer l'attention sur la présence de l'état kystique des ovaires dans les môles. Dans les données des opérations et des autopsies nous en avons

relevé un certain nombre de cas mais il n'existait aucune corrélation avec une grossesse molaire préexistante ».

Aujourd'hui, mieux avertis, ces faits ne seraient pas passés inaperçus. C'est, croyons-nous, la raison pour laquelle à mesure que les observations de môle se multiplient, la proportion des cas de coexistence devient importante. Si bien, que nous pensons que s'il était possible d'examiner d'une façon complète les ovaires en cas de môle, leur dégénérescence serait pratiquement la règle.

Nous pouvons faire les mêmes constatations en ce qui concerne la dégénérescence lutéinique en cas de chorio-épithéliome. Ici le fait est admis par les auteurs d'une manière presque unanime. Nous citerons les statistiques de Runge, des deux Patellani, de Risel qui arrivent à établir qu'elle est la règle. C'est ce que pensent également Pick et Wallart, Forge et Massabau, Bar, Curtis et Ovi. « Presque toutes les observations indiquent expressément l'existence de transformations kystiques des ovaires » (Curtis et Ovi, 1913). Il faut remarquer d'ailleurs que, dans ces cas, les ovaires sont beaucoup plus fréquemment mégakystiques et échappent ainsi moins souvent à l'investigation.

Evolution. — L'évolution peut se faire pendant la gestation ou pendant la période qui suit l'accouchement molaire.

Dans bien des cas ces kystes sont diagnostiqués pendant la grossesse (obs. III, V, IX, XI), mais si leur volume est réduit, si l'examen n'est pas assez minutieux, ils restent ignorés d'autant plus que l'hypertrophie de l'utérus les rend très difficiles à percevoir. Le plus souvent, donc, leur présence se révèle dans les jours qui suivent l'élimination de la môle (obs. I, II, IV, VIII, X, XII, etc.), parfois plus tardivement encore (obs. VI,

VII, XIX, XXI). Enfin ils peuvent apparaître plus ou moins longtemps après l'avortement molaire alors que les ovaires examinés à ce moment étaient normaux (ob. XXIII, XXIV, XXV, XXVIII, XXIX). Le volume de la tumeur et la rapidité de son accroissement ne semblent pas d'ailleurs dépendre de la période de son évolution. De plus, les deux tumeurs peuvent ne pas évoluer en même temps et l'une des deux peut se développer plus rapidement que l'autre (obs. XXVI).

Enfin l'évolution de ces tumeurs lutéiniques présente une anomalie. Elles ont en effet dans certains cas la faculté curieuse de régresser après l'avortement molaire et ceci est un fait capital.

Régression. — De la lecture des observations publiées, trois faits se dégagent : la rareté relative des cas où une tumeur para-utérine a été diagnostiquée pendant l'évolution molaire, la fréquente facilité avec laquelle les ovaires hypertrophiés sont perçus après l'évacuation de l'utérus et enfin la difficulté de la certitude d'avoir bien affaire à un kyste lutéinique.

Le plus souvent en effet, malgré un examen attentif, il est impossible de percevoir les tumeurs pendant la grossesse, et la raison en est facile à comprendre. Au contraire l'examen local au cours des suites de couches molaires les révèle en général aisément. On trouve dans la plupart des cas deux tumeurs de volume variable et inégal, tantôt pelviennes, tantôt abdominales. Mais avec ces seules données le diagnostic de kystes lutéiniques de l'ovaire ne peut être porté d'une façon ferme avant d'avoir éliminé définitivement toute autre possibilité de tumeur. Or, dans bien des cas, la situation de la tumeur par rapport à l'utérus, sa mobilité, la perception de la trompe sont passées sous silence, si bien que la conviction peut être hésitante.

Cette étude de la régression des kystes lutéiniques ne peut donc se faire sauf dans de rares exceptions qu'à l'aide de constatations cliniques; ainsi elle ne peut reposer sur une base précise que tout le monde peut contrôler et discuter et reste sujette à un facteur malgré tout quelque peu subjectif: l'interprétation. Cependant il existe des faits bien établis où le doute ne peut plus être permis. Du n° V au n° XIX nous avons groupé des observations de divers auteurs qui nous paraissent concluantes à cet égard. Notre observation IV paraît vouloir en grossir le nombre. Enfin, dans certains cas, les faits sont incontestables car les auteurs ont eu la vérification anatomique tardive de constatations cliniques antérieures. C'est ainsi que la malade de Santi (obs. XXIV) présente des ovaires du volume d'une orange après l'avortement molaire; opérée deux mois après, on constate qu'ils sont presque de volume normal avec des petits kystes.

Nous devons reconnaître que ces observations de régression dûment constatées sont en petit nombre. Cela semblerait à première vue inférer que le fait est rare. Nous ne le pensons pas.

En effet, nous avons vu que la coexistence des kystes lutéiniques, macroscopiques ou non, et de la môle doit être considérée pratiquement comme la règle. Donc toute môle s'accompagne de kystes lutéiniques. Considérons l'évolution de ces kystes après l'expulsion molaire; de deux choses l'une, ou bien ils régresseront ou bien ils persisteront. Ceci posé deux cas peuvent se produire: les kystes ovariens sont constatés ou ils ne le sont pas.

Premier cas: les kystes sont constatés: comment saurons-nous qu'ils ne régressent pas? En constatant que leur volume persiste ou même augmente. Mais cette constatation réclame de toute nécessité une observation pro-

longée. La tumeur, si elle doit régresser, naît, croît, passe par un maximum et diminue. Il faut donc lui donner le temps de faire son évolution. Or, dans la majorité des cas publiés, l'ablation des kystes a suivi de près leur constatation; la régression même si elle avait dû se faire n'avait pas eu le temps de s'amorcer. Nous ne pouvons donc en aucune façon conclure que, dans ces cas, il n'y aurait pas eu de régression puisque l'ovariotomie nous a mis dans l'impossibilité de la voir survenir.

Au contraire, certains auteurs ont jugé pouvoir attendre avant d'intervenir chirurgicalement; ils ont alors assisté à une régression qui a été cliniquement constatée (obs. de V à XIX). Le cas de Gilles (obs. VI) est typique à cet égard: après l'expulsion molaire on constate une tumeur volumineuse. La laparotomie est refusée par la malade; on assiste alors à une régression qui demeure définitivement complète. Le cas d'Andrews (obs. IX) et celui de Fraenkel (obs. XII) sont en tous points semblables.

Ces observations démontrent bien la fragilité de la statistique à cet égard: les malades opérées auraient diminué le pourcentage des cas de régression, non opérées elles l'augmentent.

Deuxième cas. Les kystes ne sont pas constatés: il est évident qu'alors nous ne pouvons pas conclure à la régression; nous avons du moins le droit de la supposer surtout si des constatations cliniques à longue échéance nous montrent des ovaires normaux. Ainsi Fraenkel pour sa part rapporte qu'il n'a jamais trouvé, d'après ses examens, d'augmentation de volume des ovaires un an après l'évacuation d'une môle.

De plus, étant donnée la fréquence de la coexistence de la môle et de la dégénérescence lutéinique et le fait que

pendant longtemps on a ignoré cette coexistence, si nous considérons les femmes qui ont eu des môles, nous pouvons admettre qu'un bon nombre de ces femmes avaient alors des kystes lutéiniques. Si ces kystes n'avaient pas régressé, il est certain que, par la suite, quelques mois ou quelques années plus tard, la majorité de ces femmes auraient été opérées pour kystes ovariens, alors qu'on rencontre et non très rarement des femmes ayant accouché jadis de môle et qui présentant des ovaires normaux, n'ont jamais subi d'intervention chirurgicale.

En somme, si nous nous en tenons strictement aux faits nous voyons :

1° Que la régression est parfois indubitable ;

2° Que l'intervention chirurgicale a le plus souvent empêché la possibilité de cette régression (nous parlons en cas de môle totalement évacuée) ;

3° Que dans la majorité des cas nous ignorons la régression, mais elle a été possible et nous avons tous les droits de la supposer.

Devant ces faits, nous estimons que la balance penche fortement en faveur de la régression des kystes lutéiniques après l'avortement molaire et nous la considérons comme normale en règle générale sauf dans le cas suivant.

Ce cas est celui où nous pouvons affirmer que la régression ne s'effectue pas c'est-à-dire celui où l'observation suivie ne décèle pas de diminution appréciable de la tumeur ou bien au contraire fait constater une augmentation de volume nette. Mais pour être démonstrative, nous le répétons, cette observation doit être longue, la durée moyenne de la régression clinique complète des cas observés étant de deux à trois mois (obs. de IV à XIX).

Or, en pareil cas, l'observation clinique nous montre souvent l'existence d'un chorio-épithéliome. Témoin l'ob-

servation de Bar (obs. XXVIII) où l'on constate des annexes normales lors de l'expulsion molaire. Quatre mois après les deux ovaires étaient volumineux, polykystiques; il y avait un chorio-épithéliome. L'observation de Couvelaire (observ. XXI) est exactement superposable. Parfois même les deux stades correspondant à la môle et au chorio-épithéliome sont nettement séparés. C'est ainsi que, dans le cas de Santi (obs. XXIV) les annexes qui avaient au onzième jour après l'évacuation molaire le volume d'un orange diminuent rapidement pour revenir à leur volume normal le vingt-neuvième jour. La malade reprend ses occupations, mais quinze jours après les ovaires sont de nouveau augmentés de volume. L'intervention montre des ovaires kystiques et un chorio-épithéliome. L'observation de Lockyer est identique (obs. XXV).

Comme conclusion, nous admettons donc qu'il est normal que les tuméfactions ovariennes régressent après l'expulsion molaire s'il ne se produit pas de dégénérescence chorio-épithéliomateuse auquel cas elles persisteraient et même pourraient augmenter de volume.

Destruction anatomique et fonctionnelle de l'ovaire. — Des modifications ovariennes apportées par la dégénérescence lutéinique, il résulte que ces destructions doivent être rares.

En effet, tous les auteurs signalent une altération plus ou moins accentuée des ovaires mais, dans leurs observations microscopiques, on retrouve presque toujours un reste de la substance ovarique aplatie sur la coupole du kyste. On rencontre également des follicules en voie d'évolution et même un ou plusieurs corps jaunes gestatifs.

Dans un cas de Sauvage plusieurs ovisacs présentaient des modifications qui accompagnent en général la maturation de l'ovule et sur l'un d'eux il a retrouvé tous les

caractères témoignant de la proximité d'une rupture. Il en arrive à penser que l'ovulation a dû continuer au cours de la gestation molaire.

Les recherches de Kehler ont même montré que la stérilité était rare après l'expulsion molaire (Brindeau). D'ailleurs la clinique nous fournit des faits incontestables. Dans les observations que nous avons résumées nous comptons huit cas de grossesse normale consécutive à une môle (obs. V, VI, VIII, IX, XI, XIV, XV, XXVI) et dans cinq de ces cas, les ovaires étaient mégalo-kystiques (obs. V, VI, XI, XIV, XXVI).

Ces diverses constatations, si elles n'établissent pas la véritable « restitutio ad integrum » de Ballerini viennent à l'appui de la conviction de l'inocuité relative des altérations ovariennes en cas de môle hydatiforme.

II

TOXÉMIE GRAVIDIQUE MOLAIRE

Les signes d'intoxication que l'on constate au cours de la grossesse ordinaire existent en cas de grossesse molaire mais en général infiniment plus marqués. Ce fait est connu depuis longtemps, mais le *Traité classique* de Bar, Brindeau, Chambrelent (1914) est le seul qui l'ait noté.

Il semble que la première communication sur ce sujet fut faite en 1865 à l'Obstetrical Society de Londres à propos des relations entre l'albuminurie et la môle. Depuis, de nombreux auteurs sont revenus sur cette question (Jameson, Tuefferd, Hirtzmann, Ancelet, Guéniot, Schul, Champetier de Ribes, Budin, Bué, Pinard, Ouvry, Domond, Lavenant).

Fieux, notamment, rapporte un cas où il fit le diagnostic de môle grâce à la présence d'accidents toxémiques (Soc. d'obst. Bordeaux, 1914). Les phénomènes généraux sont en effet parfois très marqués. Dans un cas de Chailoux, la malade est obligée de garder le lit; Champreys constatant un amaigrissement énorme, des téguments décolorés bien qu'il n'y ait pas encore eu d'hémorragie, évoque la cachexie cancéreuse. Un signe qui n'est pas noté qui serait constant au dire des multipares consisterait en une sensibilité prononcée et anormale du ventre (Lave-nant).

Mais les trois grands signes d'intoxication sont: les vomissements, l'albuminurie, l'éclampsie. Les deux premiers apparaissent de bonne heure, le troisième seulement si l'évacuation molaire se fait trop attendre.

Vomissements. — Ils prennent très rapidement un caractère grave. C'est ainsi que Tuefferd signale des vomissements de sang, Ouvry, Domond des vomissements incoercibles. En 1907, Bué publie trois observations de vomissements incoercibles qui nécessitent l'interruption de la grossesse. Anderodias en 1919 relate un cas semblable. Dans un cas de Champetier de Ribes les vomissements avaient commencé tout au début de la gestation. Pour Domond leur maximum de fréquence se rencontrerait au cours des deux premiers mois et dans 15 % des cas. Leur évolution aurait une marche très rapide brûlant pour ainsi dire la première étape des vomissements graves de la grossesse ordinaire.

Dans nos quatre observations (obs. I, II, III, IV) nous constatons des vomissements accentués, la malade de l'observation II présente en outre quelques phénomènes nerveux.

Albuminurie. — Elle est fréquente dans la grossesse ordinaire: 5 %. Dans la grossesse molaire elle a été particulièrement décrite par Hirtzmann et Ancelet puis par Schul qui établit une fréquence de 10 %. Domond dans sa thèse (Paris, 1898) écrite sous l'inspiration de Pinard, arrive à un pourcentage de 33 %. Mais ce chiffre, même, est bien au-dessous de la réalité car sur 127 observations envisagées par Domond, 94 fois l'analyse n'avait pas été faite malgré que sur ces 94 cas on relevait des œdèmes, de la céphalée, de la dyspnée et des épistaxis. Aussi Lavenant (1920) reprenant cette étude arrive au chiffre de 57 %.

Cette albuminurie est précoce; elle se montre toujours dans les premiers mois de la gestation avec un maximum de fréquence au quatrième (Lavenant). Elle se différencie donc assez nettement de l'albuminurie gravidique ordinaire par sa fréquence et sa précocité.

Eclampsie. — Nous retrouvons ici encore les deux mêmes caractères différentiels d'avec l'éclampsie gravidique simple: la fréquence et la précocité.

En effet, alors que chez la femme enceinte les cas d'éclampsie sont rares: 1 p. 200 d'après Pinard, Domond en signale une proportion de 3 sur 127 et Lavenant de 1 sur 7.

De plus, l'éclampsie au cours de la grossesse ordinaire est exceptionnelle avant le sixième mois. Or, dans toutes les observations d'éclampsie gravidique molaire que nous avons analysées, le premier accès s'est montré au cinquième mois, sauf dans trois cas: un de Domond à quatre mois, un de Lavenant à trois mois et demi et un d'Andrews à la fin du troisième mois (obs. X).

De ces constatations, il nous paraît logique de conclure que si la môle n'était pas expulsée avant le sixième mois

comme cela se passe presque toujours, les cas d'éclampsie seraient fréquents.

Nous voyons donc que la grossesse molaire présente des signes cliniques de toxémie superposables à ceux de la grossesse physiologique, mais avec une intensité et une fréquence beaucoup plus marquées.

Ces phénomènes d'intoxication cèdent si la môle est expulsée à temps et la malade revient à la guérison mais beaucoup plus lentement qu'après l'avortement en cas de grossesse ordinaire. Parfois même l'état s'aggrave après l'expulsion molaire (obs. XXI) et reste un certain temps avant de rétrocéder. C'est ainsi que dans une observation de Lavenant on a vu survenir la décharge urinaire seulement le onzième jour après le curettage. Cette débâcle urinaire sur laquelle Balard a récemment attiré l'attention, est semblable à celle qui suit l'accouchement dans les cas d'éclampsie suivie de guérison; elle témoigne du blocage du rein qui a toujours besoin pour se manifester cliniquement de se traduire par des œdèmes d'origine chlorurémique.

Quelle serait donc la pathogénie de ces accidents toxémiques? Certains auteurs, Pinatelle notamment, ont accusé un processus mécanique qui consisterait en une distension exagérée de l'utérus, mais les vomissements graves et les troubles généraux apparaissent à une époque où il n'y a pas de distension.

Domond la trouve dans la théorie de Pinard sur l'hépatotoxémie. Pour lui albumine et vomissements incoercibles sont sous la dépendance d'une auto-intoxication poussée à un degré plus marqué que pendant la grossesse ordinaire.

Depuis, nous l'avons vu, l'intoxication syncytiale a été mise en avant pour expliquer certains accidents de la

grossesse. Veit, le premier, en 1901, a admis que les accès convulsifs de la femme enceinte sont la conséquence de la pénétration dans le sang de cyto-toxines placentaires et de l'insuffisante production de l'organisme maternel d'un anticorps spécial la syncitio-lysine. Fieux et Mauriac, Vayssière sont arrivés à la preuve de la toxémie villeuse. Or, les phénomènes ovulaires et cliniques que l'on observe dans la grossesse normale et dans la grossesse molaire ne diffèrent que par leur degré d'intensité. D'une part prolongation de la durée du stade vilieux de l'œuf et augmentation de la surface d'échange par une prolifération exagérée des villosités; d'autre part, phénomènes d'intoxication semblables mais plus accusés. Si donc la toxémie villeuse est aujourd'hui prouvée au cours de la grossesse ordinaire combien défendable n'est-elle pas au cours de la grossesse molaire. En 1914, Magalhaes fait remarquer que l'état toxémique, en cas de môle, est dû à la pénétration dans le torrent circulatoire d'albumines étrangères et à la toxicité très grande du liquide des vésicules.

Anderodias, en 1919, estime que les vomissements incoercibles de la grossesse molaire sont dus à l'exagération du développement des villosités choriales et ceci cadre bien encore avec la théorie de la syncitio-toxémie.

Ainsi donc les signes d'intoxication plus fréquents et plus accusés dans les grossesses molaires trouvent dans la théorie de la toxémie villeuse une origine qui explique les rapports qui les unissent à la môle hydatiforme.

TROISIEME PARTIE

PATHOGÉNIE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE LUTÉINIQUE DES OVAIRES DANS LE CAS DE MÔLE HYDATIFORME.

Nous avons vu que la dégénérescence lutéinique était extrêmement fréquente dans le cas de môle hydatiforme et nous sommes persuadés que cette fréquence augmenterait encore si tous les cas étaient mieux observés. Ainsi cette coexistence ne saurait être considérée suivant l'expression de Fraenkel comme un effet du hasard.

Pour l'expliquer, trois grandes théories sont nées :

1° La dégénérescence ovarienne amènerait de l'endométrite et celle-ci serait cause à son tour de la dégénérescence molaire. Virchow soutenait cette théorie quant à l'étiologie de la môle. Dans ces conditions, la môle devrait toujours être totale et les lésions de l'endométrium seraient la règle. Freund les a en effet souvent signalées mais d'autres auteurs ont souvent trouvé une muqueuse utérine normale notamment Curtis et Ovi (1913) et récemment Nordentoft (1918).

2° Pour Jaffe, Pick, Fraenkel les kystes ovariens auraient une origine lutéinique par viciation de la sécrétion interne du corps jaune. La môle en serait la conséquence due ainsi à des altérations des corps jaunes soit par excès, soit par défaut.

3° La théorie de Runge et de Hofmeyer voit l'origine

du syncytium dans les cellules de la corona radiata. L'ovule entraînerait avec lui un grand nombre de ces cellules qui proliféreraient alors pour leur propre compte. « Ainsi des mêmes cellules d'origine folliculaire appartenant à la corona radiata, les unes restant en place dans le corps jaune, les autres accompagnant l'ovule dans l'utérus, proliférant chacune et se remultipliant donneront naissance d'un côté à des kystes, d'un autre côté à la môle » (Livadas). C'est la conclusion à laquelle se sont ralliés Calderini, Goullioud et Livadas.

Ces trois théories se basent avant tout sur des considérations anatomo-pathologiques et considèrent la lésion ovarienne comme primitive.

Or, quelle est donc des deux lésions : môle et kystes lutéïniques, celle qui débute la première ?

A vrai dire il est impossible d'avoir sur ce point une certitude, cependant nous pouvons arriver à une conviction.

1° Un premier fait réside en ce qu'aucun cas n'a jamais été relevé où une femme porteur d'ovaires kystiques antérieurement à sa grossesse, a présenté une môle dans la suite ; tandis que la môle s'accompagne presque toujours d'ovaires dégénérés.

2° La régression spontanée des ovaires kystiques après l'expulsion totale de la môle doit être considérée comme normale en règle générale.

3° Il n'est pas démontré que cette régression ne s'accompagne pas du retour de l'ovaire à son état physiologique intégral. Du moins, il est établi que la destruction fonctionnelle de l'ovaire, si elle existe en cas de môle, est rare.

Ainsi la dégénérescence ovarienne qui semble étroitement liée à l'évolution molaire ne nous apparaît plus

comme primitive; avec la môle disparaît donc la raison initiale des lésions kystiques qu'elle tenait sous sa dépendance.

Done, comme le supposait Santi (1909) la môle agit par un mécanisme ignoré sur l'évolution des ovisacs et des cellules à lutéine.

Quel est ce mécanisme, c'est ce que nous allons maintenant chercher à mettre en lumière.

La môle peut agir sur l'ovaire suivant deux modes: par une action directe ou indirecte en passant par l'intermédiaire de l'organisme maternel.

Le processus de la dégénérescence ovarienne est, nous l'avons, vu, sans analogie avec le processus inflammatoire; nous ne nous expliquons pas la possibilité d'une répercussion directe. Il faudrait admettre pour cela que l'évolution des tissus fœtaux ait une action élective sur les cellules à lutéine. Pouget l'admet en se basant sur la théorie de Fraenkel sur le corps jaune. Cette théorie est, à l'heure actuelle, bien ébranlée; mais, même ceci mis à part, nous ne voyons pas comment le corps jaune serait influencé par le développement anormal des villosités dont il serait la cause première.

Voyons si nous pouvons considérer la dégénérescence ovarienne sous la dépendance d'un état de l'organisme maternel. Nous chercherions alors la raison de l'hypertrophie ovarienne du côté des diverses fonctions attribuées soit au corps jaune, soit à l'ovaire tout entier. En d'autres termes: en cas de môle, existe-t-il du côté de la femme un état spécial qui commanderait une répercussion ovarienne grâce à la mise en jeu d'une fonction de cet ovaire.

Or, nous savons ce qui se passe en cas de grossesse molaire. L'attaque placentaire est extrêmement vive, la ca-

duque subit un développement de défense énorme jusqu'à former parfois une véritable coque fibreuse; les phénomènes observés du côté de la femme nous prouvent un degré d'intoxication avancé et parallèlement l'hypertrophie des ovaires est souvent considérable. Ces phénomènes ne sont pas nouveaux pour nous; nous les avons déjà observés dans la grossesse physiologique mais à un degré moindre. Nous avons vu en effet qu'à la période de début, il y a attaque placentaire, corrosion de la caduque, intoxication de la femme. Ces phénomènes tangibles cliniquement par des troubles variés mais définis, régressent en général dans le courant du quatrième mois puis cessent comme par enchantement. Or, nous savons que l'ovaire et notamment le corps jaune s'hypertrophient jusqu'au quatrième mois, restent un instant stationnaires, puis régressent à partir de quatre mois et demi environ. C'est-à-dire au moment où les phénomènes de toxémie disparaissent et où la caduque vraie hypertrophiée diminue également pour tendre vers son atrophie terminale.

En confrontant les faits nous arrivons donc à un parallélisme frappant.

De même que dans la grossesse normale il y avait concomitance entre la régression du corps jaune, la disparition des phénomènes toxiques et la cessation du stade vilieux de l'œuf, de même en cas de môle nous assistons à la concomitance entre la persistance des tuméfactions ovariennes, des phénomènes toxiques et du stade vilieux de l'œuf.

D'autre part, nous savons que dans la grossesse normale et dans la môle les lésions ovariennes présentent des caractères semblables; seul, le degré de leur intensité diffère. Il faut alors se demander si la même cause n'a pas présidé à la transformation ovarienne dans les deux cas.

Cette cause il nous faut donc la chercher dans les fonctions de la sécrétion interne de l'ovaire.

Ces fonctions sont nombreuses. C. Mulon n'en relève pas moins de 26 attribuées au corps jaune en particulier. Pour le sujet qui nous occupe nous n'en retiendrons qu'une seule: la fonction antitoxique de l'ovaire.

Cette conception qui paraît solidement établie est basée sur trois ordres de faits:

1° Une similitude frappante entre la constitution intime et le fonctionnement cellulaire du corps jaune et de la corticale surrénale (Mulon). Il y a en effet entre ces deux éléments une triple parenté: embryologique, histochimique, histophysiologique. On peut donc se demander s'il n'y a pas analogie de fonction.

2° Les expériences de Loisel et Lambert sur la toxicité des extraits d'ovaires qui aboutissent à cette conclusion que: « Les ovaires ont à remplir une fonction dépurative de l'organisme consistant à fixer, à transformer ou à détruire certains produits toxiques versés dans le sang par le fonctionnement du tissu somatique et apportés à l'ovaire par le système artériel » (Loisel).

3° L'hypergénèse des cellules lutéiniques dans les infections, les intoxications et les maladies dyscrasiques (Cornil).

Le corps jaune et l'ovaire tout entier, fonctionnant comme glande à sécrétion interne ont donc un rôle antitoxique. Il est alors normal de les voir réagir lorsque des poisons circulent dans l'organisme maternel. Et comment réagiront-ils, sinon par une hyperproduction de leur élément noble en quelque sorte: la cellule à lutéine.

Ainsi nous nous expliquerons les faits de la façon suivante.

Un ovule est fécondé, il effectue sa nidation et se déve-

loppe. Les phénomènes que nous avons observés au début de la grossesse vont se produire : organisation du corps jaune gestatif, transformation des follicules jeunes et du stroma ovarien, tous phénomènes traduisant une réaction ovarienne antitoxique en face de la toxémie villeuse. En effet, le syncitium déverse des produits toxiques sur ses deux faces : d'un côté dans les lacs sanguins maternels, de l'autre vers la couche de Langhans.

Si maintenant, pour une raison ignorée, la môle se constitue, que se passe-t-il ? Les villosités choriales, qui se nourrissent directement aux dépens des éléments maternels au milieu desquels elles plongent, continuent à prospérer. Leur revêtement épithélial absorbe régulièrement mais ne peut rien céder du côté de l'embryon puisque les capillaires des villosités du placenta fœtal ont disparu. Les produits de l'excrétion syncytiale ne pouvant plus franchir la barrière avasculaire s'accumulent dans les villosités mais en partie seulement. L'autre partie va se déverser dans les lacs sanguins et grossit ainsi l'apport toxique dans le sang maternel. De plus, la nutrition du syncitium est déviée car les matériaux de nutrition destinés à l'embryon restent sans emploi. La villosité s'hypertrophie et plus elle s'hypertrophiera, plus ses produits d'excrétion seront importants. Cliniquement, nous nous rendons compte de ces décharges toxiques par des symptômes d'intoxication absolument superposables à ceux de la grossesse physiologique mais avec cette différence cependant que leur apport étant plus considérable les phénomènes de la toxémie villeuse molaire seront bien plus accentués.

Or, dans la grossesse ordinaire, alors que l'attaque était relativement faible, les ovaires mettaient déjà en œuvre leur fonction antitoxique par la persistance du

corps jaune, la transformation des cellules de la thèque interne, l'augmentation du nombre de leurs follicules atrésiés.

Dans la grossesse molaire l'attaque est infiniment plus massive, plus rapide, plus persistante. Les ovaires vont tendre à exagérer leur pouvoir antitoxique, ils vont fournir un effort maximum, réagir de toute leur vitalité. Les cellules à lutéine subissent une hypergénèse considérable, forment des amas dans le stroma ovarien; les atrésies folliculaires se multiplient; le corps jaune s'hypertrophie démesurément. Mais parfois lui-même ne suffit plus à la tâche, les follicules en voie de développement précipitent alors leur évolution et s'organisent en quelque sorte en corps jaunes gestatifs. Ces transformations se traduisent macroscopiquement par l'augmentation de volume des ovaires.

Mais dans cette lutte à outrance l'activité cellulaire s'épuise rapidement; les cellules à lutéine entrent en dégénérescence; elles deviennent vésiculeuses, perdent leur élément caractéristique: les enclaves lipoïdes. Puis elles se désagrègent et tombent dans le liquide du kyste où l'on retrouvera parfois leur cytoplasma gonflé. Le tissu conjonctif qui les supportait demeure. La dégénérescence kystique lutéinique est constituée.

Voyons maintenant si cette conception cadre avec les faits que nous connaissons. Nous ne reviendrons pas sur les constatations anatomo-pathologiques, car au cours de cet exposé nous n'avons rien avancé qui n'ait été noté dans la deuxième partie de notre étude. Considérons les caractères cliniques des tumeurs ovariennes: leur bilatéralité et leur évolution variable.

BILATÉRALITÉ. — Nous ne voyons dans ce fait qu'un apport de plus en faveur de l'origine molaire des lésions

ovariennes. En effet, s'il y avait une lésion locale préexistante dans l'ovaire qui a donné naissance à l'ovule fécondé, il serait bien difficile d'admettre une réaction en tous points semblable dans les deux ovaires. Tandis que la toxémie molaire qui est un phénomène d'ordre général n'a pas plus de raison de retentir sur un ovaire que sur l'autre; il est donc logique qu'elle retentisse sur les deux ovaires qui eux réagissent au même titre c'est-à-dire en tant que glandes à pouvoir antitoxique.

Nous devons reconnaître, d'ailleurs, que nous ne nous expliquons pas pourquoi l'ovaire gauche réagit en général plus fortement.

Il nous semble que la raison doive en être cherchée dans une disposition congénitale héréditaire.

ÉVOLUTION. — Nous avons vu que les tumeurs ovariennes avaient un développement parallèle à celui de la môle. Si elles ont été constatées pendant la gestation, il n'est pas de cas où elles avaient disparu lors de l'expulsion molaire et ceci s'explique bien si l'on admet la réaction antitoxique des ovaires. Par contre les observations qui nous montrent un développement très rapide de la môle nous font constater également l'hypertrophie parallèle et également rapide des ovaires. Un cas de Fraenkel nous est un exemple typique (obs. XII). Une gestation de trois mois est reconnue normale avec des annexes normales. Cinq jours après, l'utérus atteint le rebord costal et les ovaires sont à droite du volume d'un œuf d'oie, à gauche un peu plus gros. En ce cas, la toxémie molaire ayant augmenté très rapidement, on comprend que l'hypertrophie ovarienne ait elle-même été rapide. Après l'expulsion molaire nous avons deux cas à considérer suivant qu'il y a régression ou persistance des tumeurs ovariennes.

1^{er} cas. *Régression.* — Nous savons qu'elle doit être beaucoup plus fréquente qu'on ne peut le supposer à première vue. Ce phénomène inattendu s'explique facilement par les données que nous avons exposées. Une fois la môle expulsée, en effet, il n'y a plus d'apport de poisons molaires; la nécessité de la réaction ovarienne cesse de ce fait et puisque l'ovaire n'a pas subi de destruction définitive, on conçoit qu'il puisse faire retour à un état plus ou moins normal.

Il y a cependant une remarque à faire. La régression ne débute pas en général aussitôt après l'évacuation molaire. C'est qu'en réalité bien qu'il n'y ait plus un apport nouveau de poisons molaires, ceux qui s'étaient accumulés ne sont pas encore disparus. Avant de s'en débarrasser, l'organisme subit un stade de flottement pendant lequel les ovaires auront à agir. Il faut rapprocher de ce fait ce que nous avons vu à propos de la toxémie molaire. Après l'évacuation de la môle, les accidents aigus de l'intoxication cessent mais parfois l'état général demeure grave pendant quelques jours; la décharge urinaire marquant la crise ne se produit alors que quelques jours plus tard, nous l'avons vue survenir une fois le onzième jour seulement après le curettage. Le retard de la régression (lorsqu'elle doit s'effectuer) comme celui de la décharge urinaire ont une même cause: la persistance dans l'organisme de poisons molaires non encore évacués.

2^e cas. *Persistance.* — Nous avons vu et nous savons pourquoi il est normal que les tumeurs régressent si l'évacuation utérine a été totale. Si elles persistent, de deux choses l'une: ou bien la théorie que nous avons adoptée est fausse ou bien l'évacuation utérine n'a pas été totale.

Ceci peut se réaliser de deux façons: des villosités mo-

laïres restent dans l'utérus et continuent à vivre devenant ainsi un danger permanent de chorio-épithéliome ou bien la dégénérescence maligne s'est effectuée avant l'expulsion. La môle proprement dite est alors évacuée mais il reste une zone utérine chorio-épithéliomateuse. Le même raisonnement pourrait s'appliquer avec plus de force encore dans le cas d'augmentation de volume des ovaires.

Or, dans ces cas, la clinique nous montre que nous avons affaire le plus souvent à l'évolution d'un chorio-épithéliome (obs. XIX à XXXI). Il n'y a donc pas eu évacuation totale puisque la cavité utérine n'est pas indemne.

Il nous faut remarquer que l'augmentation de volume des ovaires peut se manifester à une période quelconque de la gestation ou du post-partum; dans ce dernier cas même après un stade de régression plus ou moins avancé.

Ainsi, dans le cas de Lockyer-Clogg (obs. XXV) on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule trois mois et demi après l'avortement. Deux curettages sont successivement pratiqués en raison d'hémorragies. Quatre mois après le premier examen, la tumeur a entièrement disparu. Un an plus tard, la malade opérée est atteinte de deux gros kystes lutéiniques et de chorio-épithéliome.

Nous saisissons ici sur le vif le mécanisme des faits. La rétention de villosités placentaires provoque, d'une part, des hémorragies, d'autre part une intoxication villeuse qui persiste et provoque la réaction ovarienne. Deux curettages sont pratiqués qui évacuent de l'utérus la plus grande partie de ces villosités et par contre-coup suppriment la toxémie villeuse. Les ovaires régressent donc peu à peu et reviennent environ à leur volume normal. Mais il y avait dans l'utérus une zone, minime sans doute, que la curette n'a pas atteinte. Cette zone prolifère, la toxé-

mie renaît et avec elle les tumeurs ovariennes réapparaissent.

Ainsi la théorie que nous adoptons est conforme aux données anatomo-pathologiques et cliniques; elle explique toutes les particularités que peut présenter l'évolution de la dégénérescence kystique lutémique des ovaires au cours de la môle, évolution qui se trouve sans cesse commandée par le degré de toxémie de la femme.

QUATRIEME PARTIE

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Des considérations qui précèdent, quelles directives pratiques peut-on retirer?

Nous ne parlerons pas ici des symptômes, diagnostic et traitement de la môle proprement dite mais nous envisagerons les différentes éventualités suivant les caractères cliniques des ovaires. L'évolution de la dégénérescence lutéinique ne peut être suivie qu'à partir de l'apparition de l'augmentation de volume de l'ovaire c'est-à-dire, suivant la dénomination plus exacte de Goullioud, de la tuméfaction ovarienne. Or, cette constatation se fait à une période des plus variables.

Pendant la gestation molaire, l'existence des tumeurs ovariennes a été parfois reconnue (obs. III, V, IX, XI) c'est le cas de notre observation III. Le plus souvent, elles passent complètement inaperçues car elles n'ont pas une symptomatologie propre et aucun signe particulier ne vient révéler leur présence. Les signes de compression n'apparaissent en effet que lorsqu'à côté d'un utérus volumineux, il y a de très gros kystes; les phénomènes douloureux sont rares et le plus souvent la femme ne ressent aucune gêne malgré la présence de tumeurs volumineuses.

Le seul renseignement utile et exact doit venir du palper et toucher combinés. Dans les cas favorables, on

pourra par ce moyen arriver à délimiter le volume utérin et à sentir à côté de lui une ou deux masses arrondies, parfois bosselées, molles, plus ou moins fluctuantes, quelquefois assez tendues. Il faudra se rendre compte de leur situation par rapport à l'utérus, de leur mobilité et de l'état de leur pédicule si par hasard il pouvait être perçu. On comprend donc que, dans le plus grand nombre des cas, l'examen le plus minutieux ne soit guère positif; cela dépend de l'état de la paroi abdominale, du volume des ovaires et de la gêne apportée par le corps utérin.

Souvent cependant leur constatation eut été très utile. Lorsqu'une femme présente des signes de probabilité de grossesse avec des phénomènes d'intoxication très accentués, nous devons penser à la possibilité d'une môle. Lorsqu'à ces signes viennent s'ajouter des signes classiques de la grossesse molaire, la possibilité se changera en probabilité. C'est à ce moment que nous aurons intérêt à être fixés sur l'état des ovaires. Si nous les trouvons nettement volumineux, tuméfiés, bosselés, la probabilité deviendra non pas une certitude, mais une conviction. Mais pour que cet examen des ovaires ait toute sa valeur, il faut que l'on puisse juger par comparaison, il faut qu'il ne soit pas isolé. Il serait donc à souhaiter que lorsqu'on examine une femme au début d'une grossesse qui présente des accidents de toxémie villose, on puisse se rendre compte de l'état des ovaires à intervalles réguliers. Ces examens systématiques, minutieux et répétés permettraient, le cas échéant, de préciser un diagnostic douteux dans un sens ou dans l'autre.

Le plus souvent c'est pendant le post-partum molaire que se révèle la présence des tuméfactions ovariennes; c'est aussi pendant cette période que les phénomènes douloureux qu'elles provoquent s'observent en général. Leur

volume exagéré peut attirer spontanément l'attention à la palpation de l'abdomen (dans notre observation II une des deux tumeurs se révélait par l'inspection seule); en général on ne le constate que par le toucher et palper combinés. On comprend en effet qu'après l'expulsion molaire la difficulté apportée à l'examen par l'utérus s'évanouit. Les tumeurs sont alors perceptibles et le deviennent d'autant plus que l'involution utérine s'accroît. Ici encore la période de leur constatation clinique est variable. Souvent, elles sont tangibles aussitôt après l'expulsion molaire parfois seulement dans les semaines qui suivent. C'est ainsi que, dans nos observations, les tumeurs kystiques ont été constatées dans deux d'entr'elles (obs. II, IV) au moment de l'expulsion molaire, dans la troisième (obs. I) seulement treize jours après le curage, dans la quatrième le diagnostic de kyste de l'ovaire avait été fait avant de soupçonner la môle (obs. III). L'apparition clinique peut être plus tardive encore: Pouget vingt-cinq jours (obs. VII), Gilles deux mois (obs. VI), Couvelaire un mois et demi (obs. XXIX), Bar trois mois (observat. XXVIII), Fraenkel dix-sept mois (obs. XXIII).

Il est très probable que, dans beaucoup de cas, les tumeurs bien que constatées après l'expulsion de la môle, existaient pendant la gestation et qu'elles sont restées inaperçues. Cependant, il est certain que parfois leur évolution principale eut lieu pendant le post-partum (observ. XXIII, XXIV, XXV, XXVIII, XXIX). Cette évolution peut se faire plus ou moins rapidement (obs. XII) et non parallèlement dans les deux ovaires; dans le cas d'Essen-Moller par exemple (obs. XXVI) l'ovaire droit n'est pas signalé après l'expulsion molaire alors que le gauche est du volume du poing; quinze jours plus tard l'ovaire droit atteint le volume de deux poings.

Or, nous savons que le développement exagéré des tumeurs ovariennes durant le post-partum est le plus souvent l'indice soit d'une rétention vésiculaire dans l'utérus (débris molaires qui pourront continuer à vivre puis dégénéreront peut-être en chorio-épithéliome), soit d'une transformation chorio-épithéliomateuse antérieure à l'évacuation de la môle (obs. de XIX à XXXI). Ce fait est particulièrement intéressant si l'on songe que, d'après Polosson et Violet, la môle se trouve à l'origine du chorio-épithéliome dans 50 % des cas environ.

Donc, comme nous savons qu'en l'absence de toute complication les tumeurs ovariennes doivent régresser, si cette régression n'est pas constatée ou, ce qui est encore plus probant, si les ovaires subissent une hypertrophie nette durant le post-partum, on doit craindre le développement intra-utérin d'une zone chorio-épithéliomateuse. Couvelaire et Bar insistent sur ce point contrairement à l'opinion de Pouget qui attribuait les hémorragies dues à l'envahissement néoplasique à l'excès de sécrétion interne de l'ovaire hypertrophié.

En résumé: il faudra toujours avoir l'attention attirée sur l'association de la môle hydatiforme et des tumeurs ovariennes. En cas de possibilité de grossesse molaire, rechercher systématiquement l'état des ovaires afin d'aider dans la mesure de la netteté des faits à la précision du diagnostic et du pronostic. Cet examen systématique devra être fait non seulement pendant la gestation mais encore et surtout après l'expulsion molaire. C'est une série d'examens successifs au cours des suites de couches ou dans les mois suivants qui feront apprécier le changement de volume des ovaires, constatation capitale au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

TRAITEMENT. — Les chirurgiens et les accoucheurs ont longtemps considéré la dégénérescence kystique lutéinique des ovaires comme une complication grave de la môle hydatiforme. Ainsi que le dit Pouget : « Hantés par l'idée du déciduome, l'apparition d'une tumeur kystique ovarienne n'était pas faite pour les rassurer ». Aussi l'ablation de ces tumeurs était-elle alors pratiquée rapidement. C'est ce que nous voyons dans la grande majorité des cas anciens. La malade de Gilles, elle, eut l'heureuse inspiration de refuser la laparotomie proposée (obs. VI) ; elle assista alors à la régression qui se fit sans incidents et un an après, elle accouchait normalement.

Il faut en effet songer que la notion de régression de ces tumeurs ovariennes est récente. En 1906, Goullioud était le seul à posséder un cas de conservation des ovaires avec un bon résultat. Aujourd'hui ces cas augmentent tous les jours ; notre observation IV paraît vouloir en ajouter encore un à la liste.

Or, la destruction fonctionnelle de l'ovaire après une semblable dégénérescence est rare ; ces femmes sont à une période de pleine activité génitale, leurs âges oscillent en effet autour de 25 à 30 ans. Pourquoi, dans ces conditions, pratiquer l'ovariotomie et les priver ainsi à la fois de glandes à sécrétion interne qui sont encore capables de leur rendre quelque service et de la possibilité de nouvelles grossesses ? Dans ces conditions, à quel traitement devons-nous nous arrêter ?

Les opinions sont partagées. Tandis que Goullioud, Pouget, Couvelaire admettent la régression des kystes lutéiniques, Bar paraît interpréter la coexistence de ces tumeurs et de la môle comme la preuve d'une transformation maligne : « Les môles liées étroitement à des lésions ovariennes sont précoces, plus fréquemment géné-

ralisées, ordinairement vides d'embryon et à lésions épithéliales des plus désordonnées et des plus exubérantes. Il semble que se développant à un moment où les zones de fibrine protectrices sont de développement encore faible ou même nul, elles sont ainsi plus facilement envahissantes » (Bar, *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, 1916, p. 49).

Après tout ce que nous avons dit, nous ne pouvons nous rallier sans restrictions à cette façon de voir. Nous pensons en effet que la dégénérescence lutéinique des ovaires est la règle en cas môle et nous estimons que la régression fait partie de leur évolution normale si l'évacuation de l'utérus a été totale. Nous n'interviendrons donc que lorsque nous aurons été suffisamment fixés sur les caractères de cette évolution. Tout récemment, Potocki est revenu sur cette question et a conclu dans ce sens. (Soc. d'obst. et de gyn., Paris, juillet 1920).

Donc, contrairement à l'opinion classique, nous jugeons l'ovariotomie le plus souvent contr'indiquée.

Pendant la gestation, elle n'est admissible en effet qu'en cas d'accidents locaux graves tels que : phénomènes de compression par suite d'un volume considérable des tumeurs, torsion du pédicule, infection du kyste ce qui n'a été que très rarement signalé.

Après l'expulsion de la môle ces accidents peuvent se rencontrer, notamment la torsion du pédicule est relativement fréquente. Nous l'avons constatée dans notre observation I ainsi que dans les observations VIII, XXVI, XXIX; nous avons noté une fois la suppuration des kystes (obs. X). Rien entendu dans ces cas l'intervention doit être pratiquée; elle rentre en somme dans les indications opératoires de la chirurgie abdominale.

Mais, en général, nous avons vu que nous devons compter sur la régression spontanée. Cette régression, nous le

savons, se fait avec une vitesse variable qui ne dépend pas du volume de la tumeur. Pendant qu'elle s'effectuera nous nous bornerons à l'expectative en examinant la malade à intervalles réguliers et contrôlant en quelque sorte le retour de l'ovaire vers son volume normal ce qui aura lieu en moyenne au bout de deux à trois mois.

Enfin si pendant ce stade de régression nous constatons soit une persistance anormale des tuméfactions ovariennes; soit, plus encore, une augmentation de leurs volumes, des soupçons devraient immédiatement se faire jour sur la possibilité d'une transformation chorio-épithéliomateuse dans l'utérus.

Dans ce cas l'état des ovaires pourra nous faire conclure à l'intervention, parfois à lui seul. En tous cas il aura toujours contribué soit à éveiller notre attention, soit à fortifier un diagnostic hésitant.

Nous voyons donc qu'au point de vue pratique, il ne faut pas méconnaître les constatations cliniques que nous fournit l'étude de la dégénérescence kystique lutéinique des ovaires. S'il est vrai qu'à elles seules, elles ne peuvent pas entraîner une certitude, il n'en reste pas moins acquis qu'elles font partie du cortège des symptômes de la môle et du chorio-épithéliome.

A ce titre, les caractères de l'évolution de cette dégénérescence ovarienne au cours de la grossesse et du post-partum molaires doivent être élevés au rang de véritables signes dont l'intérêt n'est pas négligeable puisqu'ils contribuent à nous éclairer sur le diagnostic, le pronostic et le traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Due à l'aimable bienveillance de MM. les Professeurs Guérin-Valmale et Silhol
Grossesse molaire: — Ovaires kystiques. — Dégénérescence rapide en
chorio-épithéliome

Mme X..., 37 ans. Santé médiocre; adénites diverses, écouelles; appendicite opérée il y a cinq ans. Régulée normalement avant son mariage qui date de quatre ans. Elle épouse un homme solide et vigoureux plus jeune qu'elle de deux ans. Pas de syphilis.

Première grossesse, il y a trois ans; naissance à terme d'une fille aujourd'hui en excellente santé.

Deuxième grossesse: terminée voici cinq mois et demi par un avortement de deux mois. La sage-femme affirme avoir vu l'œuf expulsé entier. Durant un mois, bien-être résultant de la cessation des troubles causés par cette grossesse.

Troisième grossesse: les règles ne reparaissent pas après l'avortement et les malaises recommencent plus accentués: nausées très fréquentes, vomissements quotidiens répétés, troubles variés très marqués.

Deux mois environ après l'avortement, après un petit voyage, pertes sanglantes subcontinues assez abondantes qui l'obligent à garder le lit. Ces pertes plus ou moins abondantes suivant les jours continuent pendant deux mois. Pendant ce temps, vomissements fréquents, troubles vésicaux et constipation. Névralgies diverses. Etat général très défectueux indiquant une intoxication. Teint bistré, amaigrissement, faiblesse générale, légère albuminurie.

21 octobre 1920. — L'utérus monte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et donne le volume d'une grossesse de six mois. Consistance normale de l'utérus gravide. Pas de bruits du cœur fœtal, pas de parties fœtales accessibles. Au toucher, col haut, très en arrière, mou, très largement ouvert (il admettrait deux doigts).

Pertes sanglantes avec caillots sans odeur mais avec des douleurs lombo-abdominales très vives.

Nous sommes à cette date à quatre mois de l'avortement et à six mois du début de la grossesse qui avait été interrompue par cet avortement. De deux choses l'une : ou bien cette grossesse n'avait pas été interrompue et se trouvait à six mois, ou bien l'avortement s'était réellement fait et la grossesse actuelle avait à peine quatre mois.

Dans le premier cas, le volume de l'utérus correspondrait parfaitement à celui d'une grossesse de six mois, mais par contre on devrait entendre le cœur fœtal, ce qui n'est pas et d'autre part la sage-femme affirme l'avortement. (Il est vrai qu'il eut pu y avoir avortement simple d'une grossesse gémellaire...).

Dans le deuxième cas, le volume de l'utérus dépasse de beaucoup celui qu'il devrait y avoir dans une grossesse de quatre mois.

Ceci rapproché des phénomènes toxiques excessifs observés et des pertes subcontinues depuis deux mois, fait porter le diagnostic de grossesse molaire probable.

Durant quelques jours, l'état reste stationnaire, la température est de 37° et quelques dixièmes.

3 novembre. — Dans la nuit, la femme avorte d'une grosse masse de môle hydatiforme ouverte.

Un curage digital est fait qui ramène de nombreux débris et de la caduque fort épaissie. Au cours de cette intervention on constate que la paroi utérine postérieure dans sa région moyenne est fortement saillante à l'intérieur de l'organe comme si elle portait en arrière un fort épaississement fibromateux ramolli par la grossesse.

Malgré le balayage utérin, la fièvre s'allume.

5 novembre. — Curetage suivi pendant trois jours d'injections intra-utérines bi-quotidiennes. La température revient très rapidement à la normale ; tout semble rentré dans l'ordre le 10 novembre.

15 novembre. — La malade éprouve quelques douleurs

abdominales nauséuses, surtout localisées dans le bas-ventre et à droite.

16 novembre. — Douleurs plus vives, vomissements ; température de 37°5.

A l'examen : ventre très sensible surtout à droite. L'utérus est descendu dans le petit bassin découvrant une masse globuleuse du volume d'un gros poing qui est remontée au-dessus de sa corne droite. Cette masse est mobile, rénitente, molle et douloureuse.

On pense à un kyste ovarique droit avec début de torsion pédiculaire. C'est lui qui, caché derrière l'utérus, avait, durant le curage, donné l'impression d'une paroi postérieure fibromateuse.

17 novembre. — Nouvelle crise douloureuse avec vomissements. Au cours de l'examen, la tumeur étant remontée vers le flanc, les douleurs se calment beaucoup immédiatement.

Durant la nuit, douleurs moins vives. Température entre 37° et 37°6. Pendant les jours suivants, les accidents se calment.

26 novembre. — Nouvelle crise douloureuse durant quelques heures ; vomissements.

27 novembre. — Léger écoulement utérin rosé ; l'utérus est assez gros, assez mou, le col est entr'ouvert.

30 novembre. — Laparotomie exécutée par M. le professeur Silhol. L'utérus porte à sa corne droite un kyste ovarique multiloculaire à pédicule légèrement tordu. Son volume est celui d'un gros poing. Son aspect est rouge, très foncé, congestif. Le liquide contenu est jaune safran clair.

L'ovaire gauche, gros comme une grosse noix, porte un kyste hématique plus gros qu'une noisette.

Hystérectomie subtotale pratiquée rapidement.

L'utérus enlevé est ouvert. Sur son bord gauche, près de l'angle, une surface dépolie et végétante attire l'attention. Elle mesure 2 centimètres et demi en hauteur sur un et demi en largeur. Vers la cavité utérine elle paraît légèrement saillante et ulcérée ; vers le muscle ses limites sont invisibles à l'œil ; elle paraît pénétrer la masse musculaire et se confondre avec elle.

L'examen anatomo-pathologique, pratiqué par M. le professeur Grynfeldt, a révélé les faits suivants :

1° *Vésicules molaires*. — Plus ou moins gonflées et oedématisées, les villosités qui les constituent ont un *axe mésodermique* avasculaire, très infiltré à la périphérie, dégénéré dans la partie centrale. Le *revêtement trophoblastique* est représenté simplement par la couche plasmodiale, faite d'un cytoplasme très colorable où les noyaux aplatis, déformés, parfois hypertrophiques se répartissent sur une ou deux couches. Ce syncytium bourgeonne activement en certains endroits et émet par sa surface des éléments néoplasiques plus ou moins monstrueux que nous retrouverons dans la paroi utérine. Par sa face profonde, il envoie aussi des bourgeons épithéliaux qui pénètrent dans le stroma des villosités, où ils sont toujours moins exubérants que ceux qui attaquent les tissus maternels.

2° *Paroi utérine*. — Du côté du cavum, le muscle utérin se confond insensiblement avec une zone de tissus en voie de dégénérescence au milieu desquels prolifèrent des villosités choriales. On y voit de gros caillots hémorragiques, agglutinés par des tractus fibrineux épais et granuleux, et tous ces éléments sont infiltrés d'une multitude de leucocytes, des *mononucléaires* surtout.

Ces éléments sont pénétrés par des villosités choriales vésiculeuses, les unes dégénérées, les autres dans un état de vitalité exubérante, se manifestant par une prolifération abondante de l'élément ectodermique. Du trophoblaste syncytial se détachent par endroits des masses plasmodiales à noyaux multiples, très polymorphes, parfois très petits et très nombreux. Ailleurs ce sont de gros blocs protoplasmiques uninucléés, sortes de cellules géantes, dont le noyau est tantôt ovale, tantôt profondément découpé, lobulisé, monstrueux, très riche en chromatine répartie sous forme de fines ponctuations sur un réseau très dense. Un grand nombre de ces gros noyaux sont vacuolisés et semblent dégénérés.

On suit ces éléments à travers toute l'épaisseur du muscle utérin, isolés sur un amas, infiltrant les faisceaux musculaires. Les tissus maternels réagissent activement par la production de larges foyers à mononucléaires très denses.

L'abondance et l'atypie de ces bourgeons nés de l'ectoderme chorial sont telles qu'il semble bien qu'on ait af-

faire à un *chorio-épithéliome*. De nombreux foyers hémorragiques de la paroi utérine complètent le tableau.

Toutefois, en tenant compte de l'absence de caryocinèses dans les bourgeons néoplasiques et les tendances dégénératives de leur appareil nucléaire; il semble que ce chorio-épithéliome appartienne à un type relativement peu malin.

OBSERVATION II (1)

Due à l'aimable bienveillance de M. le professeur Imbert, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille

Grossesse molaire. — Ovaires kystiques. — Dégénérescence rapide en chorio-épithéliome

Femme de 26 ans, entre le 1^{er} février 1921 à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic de môle hydatiforme. La malade a accouché normalement il y a neuf mois d'un enfant bien portant actuellement et qu'elle a nourri elle-même.

A la suite de l'accouchement, pas de retour de couches et les règles ne sont pas apparues pendant tout le cours de l'allaitement. On note pendant cette période trois abcès du sein consécutifs à des gerçures du mamelon et qui ont guéri normalement après incision. A part ces incidents, la santé a été parfaite et à aucun moment la malade n'a ressenti de troubles quelconques jusqu'au début de janvier 1921.

A cette époque, la malade ressent des troubles sympathiques qui lui font croire qu'elle est de nouveau enceinte. Mais elle est frappée par l'intensité de ces troubles: irritabilité extrême du caractère, dégoûts et nausées. Les vomissements en particulier deviennent incoercibles et amènent un amaigrissement considérable. Au cours de la grossesse précédente, la malade n'avait pas éprouvé de troubles comparables quant à l'intensité. En même temps, elle note une augmentation très rapide de son ventre qui, en huit jours, aurait atteint le volume d'un abdomen au quatrième ou cinquième mois de la grossesse. Effrayée par ces

(1) Cette observation a été publiée par MM. Hayem et Cottalorda dans le *Marseille Médical* du 15 avril 1921.

symptômes, la malade consulte le docteur Raybaud qui lui conseille de se surveiller attentivement et de l'appeler de nouveau si elle a des pertes rouges.

Le 21 janvier 1921, pertes rouges assez abondantes qui durent huit jours.

Le 29 janvier, la malade expulse une volumineuse môle hydatiforme. Elle consulte à nouveau le docteur Raybaud qui constate la persistance d'une notable augmentation de volume de l'utérus et adresse la patiente à M. le professeur Imbert dans le service de qui elle est admise le 1^{er} février 1921.

A ce moment elle n'avait plus que des pertes peu abondantes, mais les injections ramenaient encore des vésicules caractéristiques en assez grande quantité.

Les antécédents héréditaires et personnels de la malade sont chargés au point de vue bacillaire.

Père mort jeune d'une hémoptysie foudroyante.

Elle-même a été opérée il y a dix ans par le professeur Imbert d'une adénite iliaque bacillaire qui a nécessité deux interventions complémentaires l'une pour une fistule et l'autre pour éventration à ce niveau.

L'examen nous montre une malade visiblement anémiée, pâle, amaigrie, à conjonctives décolorées.

L'inspection de la région abdominale montre une tuméfaction de la fosse iliaque gauche paraissant assez mobile et se déplaçant avec les mouvements. La peau est normale à ce niveau.

La palpation permet de constater que cette tumeur est en arrière de la paroi abdominale et indépendante des plans profonds. Elle est mobile dans tous les sens, indolore et sa consistance est rénitente. Elle est mate à la percussion.

L'examen de la fosse iliaque droite montre une tumeur identique en tous points à celle que nous venons de décrire.

Le toucher vaginal combiné au palper montre un utérus dévié à droite encore un peu volumineux, indolore. A gauche, on sent une tumeur du volume des deux poings indolore très mobile dans tous les sens. A droite, tumeur un peu moins volumineuse présentant les mêmes caractères que la précédente.

La malade a apporté un fragment de sa môle qui est caractéristique et qui est envoyé à l'examen anatomo-pathologique.

Intervention. — La malade est opérée le 9 avril 1921.

Incision médiane sous-ombilicale. L'écarteur de Doyen en place, on découvre un utérus volumineux, mou, semblable à un utérus de grossesse au deuxième mois. Les ovaires ont chacun le volume d'une tête de fœtus et sont polykystiques. Pas d'adhérences.

Hystérectomie abdominale totale. Suture de la paroi en trois plans. Rachianesthésie à la syncaïne à 4 %.

Les suites opératoires sont normales et la malade va incessamment sortir de l'hôpital.

L'examen anatomo-pathologique a montré l'existence d'un chorio-épithéliome.

OBSERVATION III

Due à l'aimable bienveillance de M. le docteur V. Aubert, chirurgien des
hôpitaux de Marseille

Grossesse molaire. — Dégénérescence kystique. — Ovariectomie. — Hystérectomie

Femme de 37 ans. A eu auparavant deux grossesses normales, la dernière remontant à quatre ans.

A depuis toujours été réglée régulièrement; ne présente pas d'antécédents particuliers.

Ses dernières règles ont eu lieu du 9 au 13 août 1920 et sont venues à leur époque normale. Absence de règles en septembre.

A partir de la fin d'août, la malade se croit enceinte car elle présente des troubles sympathiques très accusés en particulier des nausées et des vomissements qui l'obligent au repos. Ces phénomènes toxiques très marqués dureront deux mois environ puis disparaîtront complètement.

Le 5 octobre, apparition d'hémorragies peu abondantes, mais continues.

Vers la fin d'octobre, la malade signale une grosse hémorragie avec des caillots volumineux; elle raconte également que juste avant cette hémorragie, elle a perdu de « l'eau » en quantité assez abondante. Cette hydrorrhée ne se reproduira plus.

Pendant le mois de novembre et le début de décembre,

les pertes sanglantes continuent. La malade note plusieurs hémorragies abondantes avec caillots, ainsi qu'une augmentation rapide et considérable du volume de son ventre.

Elle est vue et examinée le 10 décembre, date correspondant d'après les dernières règles normales à une grossesse de trois mois et demi environ. L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et est très nettement rejeté vers la droite; il a des contractions fréquentes. A l'auscultation, on perçoit un souffle utérin très intense. Pas de bruits fœtaux. La malade prétend sentir remuer depuis le début de décembre.

Au toucher, on trouve un col mou, entr'ouvert complètement rejeté en avant, rétro-pubien. Dans le Douglas, on perçoit une énorme masse bombant dans le vagin; on a l'impression qu'elle est liquide et fluctuante.

On porte le diagnostic de grossesse avec kyste ovarique soulevant l'utérus et provoquant les hémorragies par tittaillements. On décide l'intervention afin d'enlever le kyste.

Laparotomie sous-ombilicale. Utérus très gros (beaucoup plus gros que dans une grossesse de quatre mois). En arrière de l'utérus on trouve une grosse masse kystique ovarienne bilatérale. Ligature des pédicules ovariens et ablation des kystes. Mais le pédicule de l'ovaire droit saigne si abondamment que l'hémostase ne peut se faire. On se voit dans l'obligation de se résoudre à l'hystérectomie qui est aussitôt pratiquée.

A l'incision des parois utérines, apparition de vésicules multiples, claires, de la grosseur de petits grains de raisin.

Les deux ovaires sont environ de la grosseur de deux poings, polykystiques. Suites opératoires normales.

L'examen microscopique des pièces pratiqué par M. le professeur Grynfeltt a révélé les faits suivants:

1° La *môle*, sur les vésicules non dégénérées, est constituée de la façon suivante: le *trophoderme* possède par place ses deux couches normales, profondément des cellules cubiques claires, à la surface le plasmodium. Celui-ci, fait d'un cytoplasme très colorable et finement vacuolaire, porte de nombreux bourgeons plus ou moins exubérants avec des noyaux très polymorphes. Le *stroma conjonctif*

de ces vésicules est dépourvu de vaisseaux et forme à la périphérie une coque sous-ectodermique d'aspect muqueux; au centre ses éléments atteints de dégénérescence granuleuse, sont réduits à l'état de grumeaux albuminoïdes à peine colorables, dans une cavité plus ou moins spacieuse.

2° La *paroi utérine* ne présente rien d'anormal, à part quelques bourgeons plasmodiaux et de grosses cellules à noyaux atypiques et monstrueux, qui, détachés du trophoblaste des vésicules adjacentes, s'appliquent contre les éléments de la musculature utérine, les plus voisins de la surface placentaire. Mais ils ne pénètrent pas dans la profondeur du muscle.

3° Le *kyste ovarique* a pour paroi un tissu riche en cellules à lutéine, disposées en séries parallèles ou en cordons épithéliaux. Ces cordons, orientés radiairement, rappellent par leur agencement la structure du corps jaune.

OBSERVATION IV

Due à l'amabilité de M. le docteur Edouard Gamel, ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Marseille

Grossesse molaire. — Dégénérescence kystique — Régression

Femme de 30 ans, vendeuse au panier. Pas d'antécédents généraux. Réglée à 10 ans et demi; mariée à 18 ans.

Naissance d'un enfant vivant onze mois après le mariage. Grossesse normale.

Naissance d'un second enfant vivant quinze mois après le premier. Seconde grossesse normale.

En 1915: avortement de deux mois et demi à la suite d'un effort.

En 1916: avortement de quatre mois.

Ces deux dernières gestations n'avaient rien présenté de particulier. Depuis le dernier avortement, la malade était normalement réglée; son état général était excellent.

Novembre 1920: règles normales qui durent cinq à six jours.

En décembre, la malade constate que ses règles sont diminuées très notablement; les pertes sont très pâles; elles

ne durent que deux jours; elles sont complètement indolores.

15 janvier 1921. — À cette date, la malade signale des « pertes d'eau » qui se reproduisent deux à trois fois pendant quelques jours. Ces pertes sont peu abondantes, légèrement hémorragiques et provoquent une sensation de cuisson dans le bas-ventre au moment de leur écoulement.

26 janvier. — Début de nausées très fortes bientôt suivies de vomissements. Ceux-ci deviennent rapidement très fréquents et s'accompagnent de céphalée, dyspnée et amaigrissement; ils sont provoqués par l'ingestion d'aliments liquides ou solides. Ces vomissements persistent d'une façon continue et ne cesseront, au dire de la malade, qu'avec l'avortement molaire.

Vers le milieu de février des hémorragies font leur apparition. D'abord assez abondantes et accompagnées de caillots pendant les premiers jours, elles diminuent rapidement d'intensité et de fréquence.

Pendant le mois de mars aucun fait nouveau ne se produit: les vomissements persistent, l'amaigrissement augmente, les métrorrhagies sont légères et rares.

Au début d'avril, la malade se présente à la consultation des femmes enceintes et est examinée par M. le professeur Guérin-Valmale. La grossesse serait alors de quatre mois et demi environ. À l'examen, on ne relève absolument rien de particulier sauf l'absence des bruits fœtaux. L'utérus a un volume normal pour une grossesse de quatre mois et demi.

15 avril. — La malade raconte qu'elle a ressenti tout à coup des douleurs analogues à celles de l'accouchement puis qu'elle a expulsé une grosse masse sanguinolente. Visitée le jour même, on se trouve en présence d'une môle hydatiforme assez volumineuse; les vésicules ont une grosseur variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit grain de raisin.

16 avril. — Curage digital complété par un curettage. On ramène des débris de caduque et des vésicules. Profitant de l'anesthésie, on procède à un examen minutieux. L'utérus est trouvé gros et mou.

L'ovaire droit a le volume d'une noix verte; celui de gauche a la grosseur d'une mandarine.

La fièvre s'allume après le curettage et atteint 39° le

18 avril au soir. Le 19 au matin la température est de 37°2 et se maintient désormais normale.

Le 24 avril, la malade se lève et veut reprendre ses occupations.

A cette date, les ovaires examinés semblent tendre vers la régression, mais la diminution de volume est peu nette.

OBSERVATION V

(Ballerini in thèse de M. Davaris. Résumée)

Ballerini rapporte l'observation d'une femme de 26 ans chez qui on avait porté fermement le diagnostic de grossesse molaire avec dégénérescence kystique des deux ovaires. Une môle hydatiforme de 500 grammes fut évacuée par curettage.

A ce moment les tumeurs ovariennes faciles à délimiter, atteignaient: celle de droite le volume d'une tête fœtale, celle de gauche, un volume plus petit. Cette dernière était située dans le Douglas.

La malade ayant été régulièrement suivie, on put constater la diminution graduelle mais lente des deux tumeurs qui avaient complètement disparu trois mois après. La femme resta aménorrhéique pendant quatre mois. Sept mois après, elle commença une nouvelle grossesse dont l'évolution s'annonçait au cinquième mois comme devant être parfaitement normale.

L'auteur insiste dans cette observation sur la régression progressive des kystes ovariens, sur la période d'aménorrhée et sur la grossesse consécutive.

OBSERVATION VI

(M. Gilles in thèse de M. Pouget. Résumée)

Femme de 21 ans. A eu un accouchement normal antérieur.

Etant enceinte de deux mois, de petites pertes sanguinolentes apparaissent en même temps que se développent des phénomènes toxiques très accusés: albuminurie, vo-

missemments répétés, dyspnée nocture, œdème généralisé.

Le diagnostic de môle hydatiforme est porté par M. Gilles qui procède à l'évacuation de l'utérus (la grossesse est à trois mois et demi environ).

Les suites opératoires sont simples.

Deux mois après l'évacuation molaire, la malade se plaint de douleurs lombo-abdominales vives et d'un suintement rouge très léger apparu un mois après l'intervention et qui persiste, depuis. Un examen minutieux permet de constater avec certitude que l'utérus est à peu près normal, que sa cavité ne renferme pas de masses suspectes et que la région hypogastrique est occupée par une tumeur volumineuse, mobile et complètement indépendante de l'utérus.

La laparotomie proposée est refusée par la malade.

On assista dans le temps qui suivit à la régression progressive de la tumeur. La menstruation se rétablit et une nouvelle grossesse évolua normalement, pour se terminer par un accouchement spontané. Aucune trace de la tumeur constatée n'a subsisté au cours de la grossesse nouvelle soit après.

OBSERVATION VII

(M. Pouget dans sa thèse Toulouse 1910. Résumée)

Femme de 22 ans; première grossesse antérieure normale.

Présente, pendant les premiers temps de sa seconde grossesse beaucoup de nausées et du ptyalisme; de plus, elle a une dyspnée se montrant surtout le soir et la nuit et la forçant à s'asseoir sur son lit. Picotements très marqués du côté des seins.

Le 9 avril, expulsion d'une môle hydatiforme.

Le 25 avril, l'examen purement abdominal ne révèle rien de particulier.

Le 4 mai, l'examen pratiqué par M. Gilles fait constater la présence de deux tumeurs indépendantes de l'utérus, situées dans les fosses iliaques. Celle de droite atteint presque le volume d'une tête fœtale; celle de gauche est de la grosseur d'un citron, ferme et bosselée. L'exploration de la cavité utérine ne révèle rien d'anormal.

18 mai. — La malade n'accuse aucun trouble d'aucune sorte. L'examen montre, à droite, une tumeur nettement perceptible, des dimensions d'un œuf de poule environ. À gauche, la tumeur se trouve difficilement. L'utérus est normal.

25 mai. — Ovaire droit moins volumineux, moins tendu donnant l'impression d'une masse pâteuse qui se serait vidée. Ovaire gauche de la grosseur d'une amande sous la forme d'une masse dure, roulant sous le doigt. Pas de phénomènes d'insuffisance ovarienne.

2 juin. — À droite, masse moins pâteuse et moins volumineuse. À gauche, plus de trace de tumeur.

15 juin. — Ovaire droit du volume d'une amande. Ovaire gauche normal.

OBSERVATION VIII

(Russell Andrews in Thèse Davaris. Résumée)

Femme, 20 ans, nullipare chez qui on porte le diagnostic de môle hydatiforme. On procède alors à l'extraction de la môle et on constate à ce moment l'existence d'un petit kyste de l'ovaire droit.

Deux mois après, la malade revient à l'hôpital se plaignant de douleurs dans la fosse iliaque droite devenues très vives depuis deux jours. On trouve à l'examen une petite tumeur en avant et à droite de l'utérus. L'ovaire gauche est gros.

Laparotomie et ablation d'une tumeur de l'ovaire droit de la grosseur d'une pomme dont le pédicule était tordu.

La tumeur contient huit kystes du corps jaune. Le liquide donne des bandes spectroscopiques du pigment lutéinique. L'ovaire gauche était doublé de volume avec plusieurs petits kystes; il est conservé.

La patiente est un an après au neuvième mois d'une grossesse normale.

OBSERVATION IX

(Russell Andrews in Thèse Davaris. Résumée)

Femme, 32 ans. Antécédents obstétricaux: un enfant mort-né et un avortement.

Au moment de l'examen, elle se croit enceinte de trois

mois. Son utérus a le volume d'un utérus gravide de sept mois. Il existe une petite tumeur dans le Douglas. On évacue l'utérus d'une môle volumineuse. La malade étant très affaiblie par ses pertes sanguines l'ablation de la tumeur kystique est remise à plus tard. Mais à partir de ce moment cette tumeur commence à diminuer peu à peu.

Sur ces entrefaites, la malade devient enceinte. Dix mois après l'avortement molaire, elle se trouvait au cinquième mois d'une grossesse qui apparaissait normale et la tumeur qui, pour Andrews, était constituée par des kystes du corps jaune, avait disparu.

OBSERVATION X

(Russell Andrews in Thèse Davaris. Résumée)

Femme, 20 ans. Deux enfants, le dernier en juillet 1904.

Le 27 juillet 1905 elle entre à l'hôpital. Depuis trois mois elle présente de l'aménorrhée sauf un seul jour en juillet où elle a eu une légère métrorrhagie. Huit jours avant son entrée à l'hôpital et le jour même de cette entrée crise avec perte de connaissance et morsure de la langue. Albuminurie légère, un peu d'œdème des membres inférieurs. Utérus de la dimension d'une grossesse de six mois.

Le 1^{er} août, expulsion d'une môle hydatiforme volumineuse. Les jours suivants, fièvre, bien qu'il n'y ait pas eu d'infection de l'utérus. On constate la présence d'un kyste en arrière de l'utérus. Laparotomie et ablation de deux kystes ovariens suppurés. L'auteur n'a pas déterminé leur nature.

Bien que cette observation ne renferme pas de données touchant l'évolution des kystes ovariens, nous la reproduisons parce qu'elle relate un fait très intéressant. Il semble en effet que la malade ait présenté deux crises d'éclampsie dont la première aurait éclaté à la fin du troisième mois. De plus, nous notons l'infection des deux kystes ovariens.

OBSERVATION XI

(Goullioud. « Lyon Médical » 1906, page 1247. Résumée)

Femme, 25 ans; deux accouchements normaux antérieurs.

6 octobre 1903. — Elle est examinée étant au quatrième mois de sa troisième grossesse. L'utérus est au niveau de l'ombilic. On trouve deux tumeurs symétriques latérales, chacune du volume d'une tête de fœtus.

27 octobre. — Expulsion d'une môle hydatiforme. Cette malade présente ensuite pendant un mois et demi environ de la phlébite et des signes de complications infectieuses pleurale, hépatique et rénale.

24 novembre. — L'examen révèle un utérus normal, le col est entr'ouvert. L'ovaire droit forme une tumeur moins grosse qu'un œuf. L'ovaire gauche est du volume d'une mandarine.

8 décembre. — L'utérus est normal. Les ovaires ont un volume un peu plus gros que normalement.

Des examens suivants, le 22 avril 1904 et le 21 décembre 1904, il résulte que l'état de l'utérus et des annexes était normal.

La malade, en octobre 1905 (deux ans après l'expulsion molaire), est enceinte de quatre mois. Sa grossesse, qui avait évolué normalement jusque là, se termine par un avortement qui ne présente rien de particulier.

Un examen en mai 1906 montre un utérus normal. Les ovaires ne sont pas perçus. La malade, revue en 1910 est restée guérie. (Cette dernière constatation est notée dans la thèse de M. Pouget, la malade ayant été revue par Goullioud.)

OBSERVATION XII

(Fraenkel L. in thèse Fisch. Résumée)

Femme de 25 ans. Un accouchement normal deux ans avant. Curettage six mois après cet accouchement pour hémorragies.

Janvier 1910. — Enceinte de trois mois. A l'examen, l'u-

térus a un volume normal pour une grossesse de trois mois. Les annexes sont normales. Quatre jours après cet examen, l'état de la femme s'aggrave profondément; l'utérus remonte au niveau de l'ombilic. Le lendemain il atteint le rebord costal. On pratique alors la dilatation du col utérin et l'on extrait une môle volumineuse. A ce moment, on examine les annexes et l'on note: à droite, une tumeur du volume d'un œuf d'oie, très tendue, ovalaire, mobile et se dirigeant en arrière et en haut. Cette tumeur ne pouvait être qu'un kyste ovarien. A gauche, une autre tumeur plus volumineuse que celle de droite est perçue, mais peu nettement. Au fur et à mesure que se fit l'involution utérine, la tumeur gauche descendit également et le diagnostic de tumeur ovarienne put enfin être porté avec certitude. La tumeur atteignait alors largement le volume d'une tête d'enfant.

Dix jours après l'évacuation molaire, la malade éprouve de vives douleurs, surtout à gauche pendant une heure environ.

Quatorze jours après l'évacuation molaire, elle entre subitement dans une période de dyspnée intense qui dure une heure avec quelques crachats sanguinolents et une température (alors normale) qui monte à 38°.

Tous ces faits posèrent la question de l'indication opératoire. Kustner fut appelé en consultation et surtout en raison du désir de la malade d'avoir des enfants; il fut décidé de se borner momentanément à l'expectative.

La suite des faits donna raison à cette façon de voir. A partir de ce moment la malade n'éprouva plus les moindres troubles; elle se leva au bout de huit jours et quatre jours après quittait la clinique en bonne santé. Lors de son départ, les deux tumeurs étaient encore perceptibles, mais moins nettement et certainement plus petites.

Deux mois après l'évacuation molaire les tumeurs ne furent plus perçues par Fraenkel, mais pendant l'examen la malade poussait si énergiquement qu'il ne put affirmer que les ovaires étaient normaux.

Quatre mois après l'évacuation molaire, au contraire, un nouvel examen révéla que les deux ovaires en forme d'amandes, de volume normal, glissaient entre les doigts et ne se distinguaient en rien d'ovaires normaux.

OBSERVATION XIII

(Fragenkel L. in Thèse Fisch. Résumée)

Femme de 25 ans. Un avortement au cinquième mois de sa première grossesse.

Fin des dernières règles le 1^{er} février; depuis cette date hémorragies fréquentes et accroissement trop rapide de l'utérus. Le 10 juin, expulsion partielle d'une môle; le reste est extrait pendant la narcose, les ovaires sont alors reconnus normaux. Huit jours plus tard, après une période post-puerpérale normale, on constata des deux côtés des tumeurs ovariennes, à parois minces très tendues, mobiles, du volume d'un gros œuf. Pas de douleurs.

Trois semaines après, les tumeurs avaient disparu.

OBSERVATION XIV

(Courant in Thèse Fisch. Résumée)

Femme de 25 ans; chlorotique. Antérieurement, un accouchement normal.

Après l'extraction d'une grosse môle pendant que se faisait l'involution utérine, les deux tumeurs ovariennes apparurent nettement. Elles avaient le volume, à gauche d'une tête d'enfant, à droite d'un gros œuf.

Quatre semaines plus tard, leur volume avait nettement diminué.

Dix semaines après l'expulsion de la môle, il n'y avait plus trace de tumeurs. Aussitôt après commença une nouvelle grossesse qui fut suivie jusqu'au sixième mois. L'accouchement fut normal.

OBSERVATION XV

(Stephen Rushmore in Thèse Fisch. Résumée)

Femme de 23 ans. Un enfant de seize mois. Accouchement normal.

8 juillet. — Expulsion spontanée d'une môle hydatiforme.

9 juillet. — L'utérus est examiné entièrement et vidé. Pas de tumeurs dans le pelvis près de l'utérus hypertrophié.

11 juillet. — La malade se plaint de douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen. L'examen décèle une masse dans la fosse iliaque droite. Cette masse est ovulaire de la grosseur d'un œuf environ mobile, de consistance ferme et non sensible.

La malade fut revue deux fois la semaine puis une fois pendant huit semaines.

La tumeur a graduellement diminué de taille et a disparu du côté droit du pelvis ou rien ne peut être senti qu'un ovaire très augmenté de volume. Treize mois plus tard, alors qu'elle eut accouché d'un enfant à terme, la malade fut examinée à nouveau, mais on ne trouva pas trace de tumeur.

OBSERVATION XVI

(Albert (de Dresde) d'après Runge.)

Runge cite un cas d'Albert où il y avait des ovaires kystiques du volume du poing au moment de l'expulsion molaire.

La régression de ces tumeurs ovariennes a été constatée en l'espace de deux mois.

OBSERVATION XVII

(Kræmer in Thèse Fisch)

Kræmer écrit textuellement: « Deux fois seulement on put constater par l'observation que des kystes ovariens qui avaient au moment de l'extraction de la môle le volume d'un œuf ou d'un poing ont, dans l'espace d'un mois régressé ou repris le volume de l'ovaire normal. » (Article écrit en 1907.)

OBSERVATION XVIII

(Anderodias, Société d'obst. Bordeaux. Janvier 1914. Résumée)

L'examen pratiqué après l'expulsion molaire révéla des ovaires très volumineux. Ils étaient environ du volume

d'une orange et se sentaient très facilement à la palpation seule.

Le volume de ces tumeurs ne varia guère pendant les quatre mois qui suivirent l'évacuation molaire. Ils commencèrent alors à diminuer progressivement de volume si bien que la régression paraissait complète un an après l'expulsion de la môle.

OBSERVATION XIX

(Ladinski in Thèse Davaris. Résumée)

Femme de 19 ans. Une grossesse antérieure normale.

Etant enceinte de trois mois environ, elle expulse une môle vésiculaire.

Après une hospitalisation de quinze jours à cause de cela, elle rentre chez elle. Quinze jours environ après sa sortie de l'hôpital, elle y rentre de nouveau par suite d'une hémorragie grave.

À l'examen, l'utérus paraît très volumineux et les deux ovaires transformés en tumeurs kystiques. On diagnostique un chorio-épithéliome avec dégénérescence kystique des ovaires et on procède à l'hystérectomie abdominale totale. Suites opératoires normales.

L'examen microscopique confirma le diagnostic.

OBSERVATION XX

(L. Piek. in Thèse Davaris. Résumée)

Femme de 39 ans, ayant eu neuf grossesses; sa dixième était une grossesse molaire. Expulsion spontanée de la môle, suivie d'une abondante hémorragie. Les pertes continues obligèrent la malade à entrer à la clinique de Landau. À l'examen, l'utérus est considérablement augmenté de volume, mou et présente au fond et à droite une masse circonscrite formant une tumeur accolée à l'utérus de la grosseur d'une pomme. (Cet examen avait lieu trois semaines après l'expulsion molaire).

On pense à la présence d'un chorio-épithéliome malin.

Landau pratique l'hystérectomie avec ablation simultanée des annexes.

L'examen histologique de l'utérus montra des lésions caractéristiques du chorio-épithéliome.

L'ovaire droit formait une tumeur kystique de la grosseur d'une pomme. L'ovaire gauche, plus gauche, plus petit, présentait un corps jaune récent de la grosseur d'un noyau de cerise.

La totalité de ces kystes étaient d'origine lutéinique.

OBSERVATION XXI

(Fraenkel L. in Thèse Davaris. Résumée)

Femme de 25 ans. Une grossesse normale antérieure.

Elle se présente à Fraenkel, le 11 août 1912, parce que depuis trois semaines elle a des métrorrhagies et que de plus elle se croit enceinte. Ses dernières règles sont du 5 avril. L'utérus est volumineux comme un utérus gravide de 6 mois. En très peu de temps les dimensions de l'utérus augmentent considérablement. Le 23 août la malade expulse une môle vésiculaire.

L'état général s'étant aggravé et l'examen ayant révélé la présence de deux kystes ovariens, on pratique le 27 septembre 1902 l'ablation de ces deux tumeurs. La femme guérit régulièrement.

La tumeur kystique gauche était grosse comme le poing d'un homme, la droite plus petite. Il s'agissait de kystes multiloculaires des ovaires.

Nous avons reproduit cette observation pour signaler un fait qui se rencontre rarement à savoir l'aggravation de l'état général après l'expulsion molaire alors qu'il ne se révèle point de chorio-épithéliome par la suite.

OBSERVATION XXII

(Lomer-Deseniss in Thèse Davaris. Résumée)

Femme de 27 ans, spécifique. Elle eut deux avortements (l'un de trois mois, l'autre de quatre mois) et un accouchement il y a neuf mois d'un fœtus mort.

Expulsion provoquée d'une môle. Curettage. Suites de couches normales. Douze jours après le curettage on constata la présence de deux tumeurs kystiques des ovaires qu'on enleva par la laparotomie. Celle de l'ovaire gauche était grosse comme deux poings, celle du droit comme une tête d'enfant. Quoiqu'on se doutât de l'état morbide de l'utérus on ne crut pas son ablation opportune et la malade quitta la clinique. Mais elle y rentrait bientôt pour hémorragies inquiétantes.

Deseniss tenta une hystérectomie vaginale que des adhérences formées depuis la laparotomie rendirent impossibles; force fut donc d'attaquer par la voie abdominale. La malade guérit.

Deseniss se demande si, dans ce cas, il ne s'agissait pas d'un chorio-épithéliomé.

OBSERVATION XXIII

(Fraenkel in Thèse Pouget. Résumé)

Femme, 25 ans. Avortement molaire fin du second mois. Curettage à la suite duquel thrombose de la saphène gauche.

Dix-sept mois plus tard, la malade revient se plaignant de douleurs abdominales et pelviennes qui durent depuis trois mois.

L'examen montre un utérus arrivant à mi-chemin de l'ombilic et de chaque côté de cette tumeur principale deux tumeurs de la grosseur d'un œuf de dinde.

Les deux latérales étaient des kystes multiloculaires des ovaires, la médiane un chorio-épithéliome de l'utérus qui avait envahi la vessie, le parametrium et le vagin.

OBSERVATION XXIV

(Santi (Emilio) in Thèse Fisch. Résumé)

Femme, 35 ans. Trois gestations antérieures normales. 21 mai 1910. — Enceinte de trois mois. Fond de l'utérus à l'ombilic. On ne perçoit aucune masse soit derrière l'utérus soit sur ses côtés.

24 mai. — Le diagnostic de môle vésiculaire probable est porté.

26 mai. — Expulsion de vésicules. On décide l'évacuation immédiate de l'utérus. Curettage. Un examen consciencieux des annexes ne décèle aucune anomalie. Suites de couches normales jusqu'au cinquième jour.

Le sixième jour on perçoit à la palpation une résistance des deux côtés de l'utérus. Le lendemain, on constate que l'ovaire gauche est plus gros qu'une noix, indolore et très mobile. L'ovaire droit est également augmenté de volume mais moins mobile et d'un examen moins facile.

Nouvel examen quatre jours plus tard: les masses ovariennes ont encore augmenté de volume et atteignent la taille d'une orange.

A partir du onzième jour, elles ont tendance à diminuer; dix-sept jours plus tard, elles sont revenues aux dimensions d'une noix. La malade sort le vingt-neuvième jour. Les annexes sont normales mais l'utérus est un peu plus dur que normalement.

10 juillet. — La malade entre de nouveau à l'hôpital pour métrorrhagies. L'examen montra: col normal, corps augmenté de volume, mou, régulier de forme, à surface lisse. Annexes légèrement enflées. On pratique un curettage par raison de diagnostic.

16 juillet. — On enlève l'utérus et les annexes par laparotomie. Les ovaires sont augmentés de volume avec plusieurs petites saillies dues à plusieurs petits kystes dépassant à peine la surface ovarienne.

L'examen de l'utérus révèle l'existence d'un tissu chorio-épithéliomateux semblable aux fragments enlevés à la curette.

OBSERVATION XXV

(Lockyer in Thèse Fisch. Résumée)

Malade entrée à l'hôpital avec le diagnostic de toxémie après avortement de trois mois et demi. A l'examen, il y a de fortes métrorrhagies. L'utérus est volumineux, on perçoit une tumeur du volume d'un œuf de poule que l'on localise dans le voisinage du ligament large.

On pratique deux curettages en raison des hémorragies

et des pertes fétides mais l'examen microscopique de ces débris ne fut pas pratiqué.

Quatre mois après, la tuméfaction avait disparu et la malade quitta l'hôpital. Un an après ce départ elle entra de nouveau à l'hôpital. Le docteur Clogg fit le diagnostic de gros fibrome utérin avec kyste bilatéral des ovaires. A l'intervention on trouva deux grosses masses kystiques lutéiniques ovariennes et un chorio-épithéliome utérin.

Mort deux mois après l'opération par métastase abdominale (péritonéale).

OBSERVATION XXVI

(Essen-Moller in Thèse Fisch. Résumée)

Femme de 23 ans. Expulsion d'une môle au quatrième mois de grossesse.

Lors de l'involution, on constate à gauche une tumeur ovarienne élastique du volume du poing, tumeur rattachée à l'utérus.

La malade devait être opérée quinze jours après mais au cours de l'examen pratiqué avant l'opération, on reconnut l'existence à droite d'une tumeur kystique de la taille de deux poings très volumineux.

Laparotomie quinze jours après expulsion de la môle. A droite, on découvrit une grosse tumeur ovarienne bleu noir dont le pédicule était tordu.

L'ovaire gauche présente une grosse tumeur que l'on put décortiquer de façon qu'un peu de tissu ovarien sain restât adhérent au kyste. L'utérus fut laissé en place.

Suites opératoires normales. Un an après, cette femme accoucha normalement d'une fille à terme et quand l'auteur publia son étude sur la môle la femme, bien portante, était enceinte de deux mois.

OBSERVATION XXVII

(Perry. Annales de gyn. 1916, p. 38)

L'auteur a constaté des tumeurs ovariennes volumineuses coïncidant avec une môle hydatiforme.

La malade présenta par la suite des signes de chorio-

épithéliome malin. Elle fut opérée sept mois après l'expulsion molaire.

On ne trouva plus trace de tissu ovarien ni de tumeurs ovariennes. Malade restée guérie.

OBSERVATION XXVIII

(Bar, Annales d'obstétrique et de gyn. 1916, p. 49)

Bar rapporte un cas de grossesse molaire où lors de l'évacuation de la môle par le chirurgien, l'examen ne révéla rien de particulier du côté des annexes.

Trois mois après, on constatait que les deux ovaires étaient polykystiques et présentaient les caractères des kystes lutéiniques. Il y avait une petite masse polypoïde dans l'utérus contenant des vésicules.

L'auteur rapproche de ce fait ceux dans lesquels les kystes lutéiniques coïncident avec les déciduomes et les oppose à ceux dans lesquels les kystes se sont, après l'évacuation molaire, assez réduits pour qu'on put les estimer disparus.

OBSERVATION XXIX

(Couvellaire et Le Masson in Thèse Davaris. Résumée)

Femme de 24 ans. Une grossesse antérieure normale.

Le 5 septembre 1914, le diagnostic de môle hydatiforme est porté par Couvellaire qui pose l'indication d'une évacuation rapide de l'utérus (vu les accidents toxiques très marqués et les signes physiques).

Après plusieurs manœuvres la môle est extraite le 7 septembre. Curage digital complété par un curettage. Suites normales. Le malade se lève le dix-septième jour et quitte le service le 27 septembre.

A sa sortie, l'examen fait constater que l'utérus a accompli son involution à peu près complète. Il n'y a rien d'appréciable aux annexes paraissant de volume normal et non douloureuses.

Un mois plus tard, la malade entre de nouveau à l'hôpi-

tal se plaignant de douleurs extrêmement vives localisées dans la fosse iliaque gauche..

L'examen révèle un utérus de volume sensiblement normal dévié à droite par une masse diffuse accessible dans les culs-de-sacs postérieur et latéral gauche et remontant dans la fosse iliaque jusqu'à l'ombilic. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu.

Dix jours après, laparotomie par Couvelaire aidé de M. Le Masson.

On constate un kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu du volume du poing et un kyste de l'ovaire droit à peu près du même volume sans torsion du pédicule.

Hystérectomie abdominale subtotala. Suites opératoires normales.

Malade sortie bien portante.

L'examen des pièces a révélé dans l'utérus un noyau de transformation maligne.

OBSERVATION XXX

(Grugef (de Laval) et X. Bender. « Rev. de gyn. et de chir. abdominale », juillet 1914, p. 55)

Femme ayant expulsé une môle le 2 février

Le 3 février, un toucher ramène des débris molaire. Curettage. La malade quitte l'hôpital le seizième jour.

29 février. — Hémorragie énorme puis, pendant une quinzaine de jours, elle a des pertes peu abondantes, mais continues.

15 mars. — Un curettage ramène des débris.

1^{er} avril. — L'examen révèle un utérus gros et mou. Les annexes sont senties et paraissent augmenter de volume, surtout à droite.

5 avril. — On se décide à pratiquer une hystérectomie.

A l'examen des pièces: les trompes sont un peu augmentées de volume. Les ovaires sont polykystiques et polymicrokystiques; le droit a le volume d'une mandarine et le gauche celui d'un œuf de poule.

L'examen histologique montre sans aucun doute l'existence d'un chorio-épithéliome dans l'utérus.

OBSERVATION XXXI

(Potocki. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 12 juillet 1920)

L'auteur constate quelques jours après l'expulsion d'une môle l'existence de kystes bilatéraux des ovaires qui augmentent progressivement de volume. Une hystérectomie décidée à cause d'hémorragies abondantes est pratiquée. Elle montre de gros ovaires racémeux.

La muqueuse utérine présente au niveau de la corne droite une zone dégénérée pénétrant dans le myomètre et paraissant être un début de chorio-épithéliome.

CONCLUSIONS

I. - - La dégénérescence kystique lutéinique des ovaires — macroscopique ou microscopique — est la règle en cas de môle hydatiforme.

Elle est due à la réaction générale de l'organisme, en particulier à celle démesurée de l'ovaire vis-à-vis des poisons provenant de l'œuf molaire.

Cette dégénérescence n'aboutit pas forcément à la destruction fonctionnelle de l'ovaire et des grossesses ultérieures demeurent possibles.

Elle est bilatérale, souvent cliniquement perceptible et susceptible de régression. Quoique cette régression soit un fait clinique jusqu'à présent assez rarement constaté, tout porte à croire que nous devons la considérer comme la règle si l'évacuation de l'utérus a été totale. Au contraire, si des débris molaires continuent à vivre dans la cavité utérine ou si une transformation chorio-épithéliomateuse s'y développe, les tumeurs ovariennes persistent ou augmentent de volume, parfois même après un stade de régression plus ou moins avancé.

II. — Les tumeurs ovariennes kystiques lutéiniques font partie des symptômes soit de la môle hydatiforme soit du chorio-épithéliome. Elles doivent être élevées au rang d'un véritable signe et à ce titre entrer en ligne de compte dans la discussion du diagnostic, du pronostic et du traitement.

III. — Pendant la gestation, l'ovariotomie pour kystes lutéiniques sera contre indiquée à moins d'accidents locaux qui sont très rares.

Pendant le post-partum molaire les complications locales se rencontrent, notamment la torsion du pédicule, et commandent alors l'intervention. En l'absence de complications locales, ovariennes ou utérines, on se bornera à l'expectative en surveillant la marche de la régression kystique.

Si cette régression s'opère la femme devra être soumise malgré cela à une observation régulière et prolongée, l'évolution chorio-épithéliomateuse pouvant être redoutée à plus ou moins longue échéance.

Si elle ne s'opère pas ou à plus forte raison, si le volume des ovaires augmente il faudra redouter l'évolution d'une transformation maligne intra-utérine, auquel cas ce serait l'ovariotomie bilatérale et l'hystérectomie totale qui se trouveraient indiquées.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Môle hydatiforme. *Lyon médical*, 1908, CX, p. 836.
- ANDÉRODIAS. — Vomissements graves dans un cas d'utérus gravide contenant une môle hydatiforme. *C. R. de la Société d'obst. et de gyn.*, Bordeaux, juin 1919.
- AYME. — A case of pregnancy during lactation and regular menstruation with subsequent hydatiform degeneration. *Post-Graduate*, New-York, 1912, p. 408, XXVII.
- AZIZ-FIKRET. — Symptômes et diagnostic des tumeurs de l'ovaire pendant la grossesse et le travail. *Gaz. de gynécologie*, Paris, 1914, XXIX, p. 129.
- BALLERINI. — Involuzione di cistomi di luteinici molarì seguiti da gravidanza. *Annali di ostetricia e di ginecologia*, n° 4, 1912.
- BAR. — La môle vésiculaire. *Rev. génér. de clin. et de thérap.*, 1910, XXIV, p. 17.
- Signification clinique des kystes lutéiniques des ovaires se développant après l'évacuation d'une môle hydatiforme. *Archives mens. d'obst. et de gyn.*, 1916, p. 49.
- BEGOUIN et ANDÉRODIAS. — Môle hydatiforme avec hypertrophie kystique simulant une hématocele avec kyste de l'ovaire. *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, janvier 1914, III, p. 116.
- BOUIN. — Les deux glandes à sécrétion interne de l'ovaire; la glande interstitielle et le corps jaune. *Revue médicale de l'Est*, t. XXXIV, Nancy, 1902, p. 465.

BOUQUET. — Etude physio-pathologique de l'organisme féminin en fonction de reproduction; rôle prépondérant des sécrétions internes et en particulier du corps jaune dans l'état gravide; corps jaune et vomissements incoercibles. *Annales de gynécologie*, 1911, p. 750.

BOVIS (De). — Le corps jaune. *La Semaine médicale*, 7 février 1906, p. 61.

BRINDEAU et NATTAN-LARRIER. — Tumeurs malignes du placenta. *Obstétrique*, Paris, 1909, p. 885.

BRIQUEL. — Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires. *Thèse Nancy*, 1903.

BUIST. — Hydatiform mole (cystic degeneration of chorionic villi). *Long Island medical journal*, Brooklyn, 1907, I, p. 317.

CALDERINI (de Bologne). — Possibilité de relation entre la môle vésiculaire et la dégénérescence kystique des ovaires. *Ann. gynécologie*, juillet-août 1900, p. 129.

— *Congrès international*, section de gyn. et d'obst. de Paris, 1905.

— Contribution à l'étude clinique de la dégénérescence kystique de l'ovaire associée à la môle vésiculaire. *Rev. mens. de gyn., d'obst. et de pédiatrie*, n° 6, juin 1914, p. 386.

CAKURANI. — Hydatiform mole and chorionepithelioma; anatomical variations, relations, clinical significance. *American journal obstetrical*, New-York, 1917, XXV, p. 591.

CHASSY. — Contribution à l'étude de la môle hydatiforme. *Thèse Montpellier*, 1899-1900.

CHIDICHMO. — Su di un caso di mola vesicolare. *Rev. sicil. d'obst. e ginec. prat.*, Palerme, 1920, II, p. 17.

CHOMÉ. — Absès non puerpéraux de l'ovaire et absès du corps jaune. *Thèse Paris*, 1919.

COHN. — Corpus luteum. *Archiv. für Gynäkol.*, 1909, Bd. LXXXVII, p. 388.

COMMANDEUR. — Un cas de résorption spontanée totale d'un kyste ovarien coïncidant avec une môle hydatiforme. *Réunion obstétricale et gynécolog. de Lyon*, février 1920.

- CORNIL. — Kystes développés dans les corps jaunes. *Bull. et mém. Soc. anat. Paris*, juin 1905.
- COVENTRY. — Kystes lutéiniques et môle hydatiforme. *J. of the Amer. medical Association*, 3 juillet 1920, p. 56.
- CURTIS et OUI. — Contribution à l'étude de la môle disséquante ou pénétrante. *Annales de gyn. et d'obst.*, juin 1913, pp. 321 et 398.
- CZYBORRA. — Ovarialtumor im Anschluss an Blasenmole. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 1913, XXXVIII, p. 355.
- DAVARIS. — Môle hydatiforme et dégénérescence kystique des ovaires. *Thèse Paris*, 1915.
- DAVIS. — Toxæmia of pregnancy. *The American journ. of med.*, février 1905, p. 226.
- DELMAS (J. et P.). — Deux cas de môle hydatiforme. *Reunion obstétricale et gynécologique de Montpellier*, 7 février 1912.
- DEVRAIGNE et CHIRIÉ. — Corps jaune et vomissements incoercibles. *Annales de gynécologie*, 1911, p. 750.
- DOMOND. — Recherches sur les grossesses molaires se compliquant de vomissements. *Thèse Paris*, 1898.
- DONNER et VERGER. — Un cas de môle hydatiforme. *Limousin médical*, Limoges, 1913, XXXVII, p. 224.
- DUCHAMP. — Des altérations des villosités choriales. *Thèse de concours agrégation*, Paris, 1880.
- DUPONT. — Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique. *Thèse Paris*, 1909.
- DURANTE. — Variétés histologiques et nature de la môle hydatiforme. *Archives de médecine expérimentale*, 1^{re} série, 1898.
- Contribution à l'étude du processus histologique et de la pathogénie de la môle hydatiforme. *Bullet. Soc. d'obst.*, Paris, 1907, p. 244.
- Lésions des vaisseaux fœtaux dans la môle hydatiforme. *La Gynécologie*, Paris, 1909, XIII, n. 1.
- DUVERGEY. — Môle hydatiforme à type anormal traitée par l'hystérectomie abdominale totale. *Société d'obst. et de gyn.*, Bordeaux, 22 février 1921.
- ERCOLANI. — Pathologie du placenta. *Archives de toxicologie*, Paris, avril 1876.

- ELIFANI-SCHÉGGI. — Contributio alla sintomatologia e diagnosi della mola vesicolaire. *Rev. d'ostetricia e ginecologia*, Napoli, 1909, XVIII, p. 53.
- ESSEN-MOLLER. — Studien uber die Blasenmole, Wiesbaden, Bergmann, 1912.
- FALGOWSKI. — Remarque sur les cas de môle vésiculaire avec grossesse gémellaire. *Przegląd Chirurgiczn i ginekol.* Analysé in *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1914.
- FERGUSON. — Unusual case of hydatiform mole, dealt with by abdominal hystérectomy. *Transactions of the Edinburgh obstetrical Society*, XXXVIII, 1913, p. 260.
- FIEUX et MAURIAC. — De la possibilité d'une toxémie vileuse et d'un séro-diagnostic de la grossesse dans les premiers mois de la gestation. *Annales de gyn.*, Paris, LXVII, février 1910, p. 65.
- FIEUX. — Relation de la grossesse molaire avec l'auto-intoxication gravidique. *Rev. mens. d'ob. et gyn.* Bordeaux, 1903.
- FINDLEY. — Hydatiform mole. An analysis of 500 cases. *American journ. obstetrical*, New-York, 1917, p. 968, XXV.
- FISCH. — Considérations sur l'anatomie pathologique des kystes lutéiniques associés à la môle hydatiforme. *Thèse Paris*, 1919-1920.
- FISCHER. — Chorionepitheliom und Luteineysten. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 26 janvier 1905.
- FLANDRIN. — Quelques erreurs de diagnostic à propos du kyste de l'ovaire. *Progrès médical*, Paris, 1914, XXX, p. 79.
- FORGUE et MASSABUAU. — L'ovaire à petits kystes. *Rev. de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1910, t. XIV, p. 97, 209, 305.
- FOTHERGILL. — Hysterectomy for hydatid. mole. *Journ. of obst. and gyn. British Empire*, Londres, 1914, p. 86, XV.
- FRAENKEL (L.). — Experimente zur Herbeifurung der Unwegsamkeit der Eileiter. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. LXVIII.
- Ovarialtumoren und Blasenmole. *Arch. f. Gynæk.*, 1904, LXVIII.

- FRANK. — The pathology of hydatid mole and chorion-epithelioma and their relation to normal pregnancy. *The americ. journ. of obst. and diseases of women and children*, septembre 1911, n° 43.
- FRASSI. — Note histologique sur la môle vésiculaire. *Annali di ostetri. et ginec.*, janvier 1905, n° 1, p. 57.
- GILLES et GRIMAUD. — Dégénérescence kystique de l'ovaire après grossesse molaire. *Société d'obst. de Toulouse*, 6 décembre 1910.
- GOULLIoud. — Tuméfaction kystique des ovaires dans la môle hydatiforme. *Lyon médical*, 1906, I, p. 1247.
- GROMADZKI (Von). — Ein Beitrag zur Lehre von der Blasenmole mit besonderer Berücksichtigung ihrer Pathogenese, Halle.
- GRUGET et BENDER. — Un cas de chorioépithéliome consécutif à une môle hydatiforme. *Rev. de gyn. et de chirurgie abdominale*, juillet 1914, p. 65.
- HERTZ. — Utérus fibreux avec embryomes kystiques de l'ovaire bilatéraux et vésicules hydatiformes multiples. *Bull. et mém. Soc. anatomique*, Paris, février 1920, p. 106.
- HOFMEIER. — Môle vésiculaire avec deux tumeurs ovariennes plus grosses qu'une tête d'enfant. *Mitt. Gesellschaft. f. Geb. und Gyn. Frankfurt*, 17 novembre 1912.
- HUGUIER et LORRAIN. — Chorio-épithéliome malin de la trompe utérine. *Bull. Soc. anatom. Paris*, 4 juillet 1913, p. 343.
- JAFFE. — Blasenmole und Eierstock ein Beitrag zur Pathologie des Corpus luteum. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXX, p. 462.
- JEMTEL. — Tumeur kystique de l'ovaire à môle hydatiforme. *L'Année médicale de Caen*, juin 1920, p. 142.
- JULIEN. — Môle hydatiforme vésiculaire extraite en entier par l'hystérectomie abdominale. *Echo médical du Nord*, Lille, 1909, p. 291.
- KEIFFER. — De la mort du fœtus dans la môle hydatiforme. *Société belge de gyn. et d'obst.*, séance du 20 janvier 1912.

- KERVILLY (De). — Recherches sur le placenta humain normal aux différents stades de la grossesse. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, avril, mai, juin 1916, pp. 93, 296.
- KREBS. — Chorionepitheliom und ovarialtumor. *Centralb. f. Gyn.*, 1903, n° 44, p. 1297.
- KREUTZMANN. — Cystic degeneration of the chorion villi with coincident tumor of both ovaries. *Amer. J. of obst.*, juin 1898.
- KRUGER. — Eine seltene Form der Placentarcyste: Ein Beitrag zur Lehre von der Blasenmole. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Stuttgart, 1909, XIV, p. 315.
- LANZA. — Mola hydatiforme y degeneracion quistica de los ovarios. *Semana med.*, Buenos-Aires, 1918, XXV, p. 217.
- LAVENANT. — Des signes de toxémie gravidique dans le diagnostic de la môle hydatiforme. *Thèse Bordeaux*, 1919-1920.
- LEE (De). — Autotransplantation of the corpus luteum. *Surgery gynecology and obstetrics*, 1916, janvier, p. 80.
- LE JENTEL. — Kystes racemeux de l'ovaire. *Annales de gyn. et d'obst.*, décembre 1908.
- LEMAIRE. — Môle hydatiforme récidivant six fois en huit ans. *Bull. Soc. d'obst.*, Paris, 1911, XIV, p. 117.
- LONDON. — Hydatiform mole with lutein cysts of both ovaries. *Australas med gaz.* Sydney, 1914, XXXV, p. 431.
- LIVADAS. — De la coexistence de la môle hydatiforme et de la dégénérescence kystique des ovaires. *Thèse Lyon*, 1905-1906.
- LUKER. — Association d'une môle hydatiforme et d'un œuf normal. *North of England obstetrical and gynecological Society*, 21 novembre 1913.
- MADON et GIRAUD. — Môle hydatiforme. *Montpellier médical*, 1914, XXXVIII, p. 447.
- MAGALHAES. — A proposito da prenhez molar. *Revista de gynecologia e obstetricia do Rio-Janeiro*, mars-avril 1914.
- MALCOLOM et BELL. — A case of hydatiform mole with bilateral cystic disease of the ovaries. *Journ. of obst. and gyn. of the British Empire*, 1903.

- MARCHAND. — Ueber den Bau der Blasenmole. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1895.
- MATVEIEV. — Môle hydatiforme dans la trompe de Fallope et dégénérescence kystique des ovaires. *Société d'obst. et de gyn.*, Moscou, 21 mars 1901.
- MAYGRIER et HALLER. — A propos d'un cas de môle hydatiforme. *Bull. Soc. d'obst.*, Paris, 1910, XIII, p. 175.
- MEYER. — Hydatiform degeneration with deductions from over one hundred and fifty-nine cases. *Amer. J. obst.*, New-York, 1918, p. 641.
- Hydatiform degeneration in tubal pregnancy. *Sur. gyn. and obst.*, Chicago, 1919, XXVIII, p. 293.
- MIGLIARESSI. — Contribution à l'étude de la dégénérescence kystique des villosités choriales. *Thèse Paris*, 1893-1894.
- MONOD et CHABRY. — Cas de déciduome avec kystes des ovaires. *Rev. de gyn. et de chir. abdominale*, 1897 p. 47.
- MUGLIA. — Contributio allo studio della parziale degenerazione vesicolare della placenta. *Folia Ginecologia*, Pavie, 1915, XI, p. 347.
- Mola vesicolare recidivante con eclampsia. *Ann. di Ostetricia*, Milan, 1920, XIII, p. 19.
- MULON (Clotilde). — Essai critique sur les rôles physiologiques du corps jaune. *Thèse Paris*, 1917.
- NATTAN-LARRIER et BRINDEAU. — Nature de la môle hydatiforme. *Rev. de gyn. et de chir. abdominale*, avr. 1908, XII, p. 203.
- NEUMANN. — Contribution à l'étude de la môle hydatiforme et du déciduome malin. *Monatsc. f. Geb. und Gyn.*, juillet 1897.
- NISKOUBINA (N.). — Recherches sur la morphologie et la fonction du corps jaune de la grossesse. *Thèse Nancy*, 1908-1909.
- NORDENTOFT. — Un cas de môle hydatiforme avec évolution de l'ovaire. *Ugeskrift for Læger*, n° 52, p. 2139, 1918.
- NOVAK. — Le corps jaune. *Ann. de gyn. et d'obst.*, t. XII, p. 487.
- OLDFIELD. — Hydatid mole with bilateral ovarian cysts and toxemia. *Med. Press.*, London, CIX, p. 98.

- OUI. — Môle vésiculaire et kyste des ovaires. *R. obst. et gyn.*, Lille, février 1914.
- OUVRY. — Etude de la mole hydatiforme. *Thèse Paris*, 1896-1897.
- PATELLANI. — Zur frage der ovarialveränderungen bei syncythialen zumoren und Blasenmole. *Centralb. f. Gyn.*, 1905.
- PAZZI. — Vesicole molari iniziali e nuova orientazione della teoria patogenica della mola e del corio-epitelioma. *Folia gynecologia*, Pavie, 1908, I, p. 21.
- PIANA. — Della grandanza molare. *Arte ostetricia*, Milan 1919.
- PICK. — Zur frage der Eierstocks veränderungen bei Blasenmole. *Centralb. f. Gyn.*, août 1903.
- PLAUCHU. — Un cas de môle hydatiforme des trois premiers mois de la grossesse. *Lyon médical*, 1914, CXXIII, p. 66.
- POTOCKI. — Môle hydatiforme et kystes lutéiniques de l'ovaire. *Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 12 juillet 1920.
- POTTET. — Contribution à l'étude anatomique histologique et physiologique du corps jaune pendant la grossesse. *Thèse Paris*, 1910-1911.
- POUGET. — Lésions kystiques des ovaires au cours de la môle hydatiforme. *Thèse de Toulouse*, 1912.
- ROUBAUDI. — Contribution à l'étude de la môle hydatiforme. *Thèse de Montpellier*, 1900-1901.
- RUNGE. — Ueber die Veränderungen der ovarien bei syncythialen tumoren und bei Blasenmole. *Arch. f. Gyn.*, 1903, LIX, p. 33.
- RUSHMORE. — The disappearance of ovarian tumor after vesicular mole. *Boston medical and surg. journal*, 1912, CXVI, p. 416.
- SANTI (Emilio). — Die Pathologie des corpus luteum. *Monat. f. Geb. und Gyn.*, juillet 1904, p. 76.
— Zur Rückbildung der Luteincystome nach Blasenmole. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Stuttgart, 1910, p. 667, XVII.
- SANTI. — Mola vesicolare. *Ginecologia*, 1909, p. 304.
- SAUVAGE. — Môle vésiculaire dans l'utérus. *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1913, p. 193.

- SCHIL. — Grossesse tubaire et évolution atypique du corps jaune. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, février 1914 p. 179.
- SCHMIDT. — Ueber Placenta prævia destruierende Blasenmole und Rückbildungs vorgänge an letzterer, 1916, XIII, p. 285.
- SCHØEKAERT. — Corps jaune vrai et grossesse. *Soc. belge de gyn. et d'obt.*, séance du 8 juillet 1911.
- SCHÖNFELD. — Avortement d'une môle sanguine extra-utérine. *Ann. Soc. médic.*, Gand, 1911, II, p. 288.
- SCHAWB. — De la môle hydatiforme. *L'Obstétrique*, 1898.
- SEGALL. — Contribution à l'étude histologique de la môle hydatiforme et du déciduome malin. *Thèse Paris*, 1896.
- SEITZ. — Die Luteinzellen Wucherung in atretischen Follikeln. *Centralb. f. Gyn.*, 4 mars 1905.
- STOECKEL. — Ueber die cystische degeneration der Ovarien bei Blasenmole zugleich in Beitrag zur Histogenese der Luteinzellen. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1902.
- STUART. — Moles and multiple pregnancies. *British med. journ.*, Londres, 1913, I, p. 1122.
- TERRADES. — Notes cliniques sur la môle hydatiforme. *Revista espanola de obstetrica y ginecologia*.
- THOMAS. — Tumeurs de l'ovaire et môle hydatiforme. *Th. Lille*, 1920.
- VAYSSIÈRE. — Déviation du complément et grossesse. *Th. Montpellier*, 1912.
- VEIT. — Déportation des villosités choriales et leur conséquence. *Zeitschr. f. Gyn.*, 1904, I, p. 1.
- VIANA. — Mola infiltrante con albuminuria e degenerazione cistica delle ovarie. *Ginecologia*, 1911, VIII, p. 33.
- VILLEMIN. — Le corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne, Paris, 1908.
- VINEBERG. — Hidatid mole; its relation to chorionepithelioma and cystic degeneration of the ovaries. *The americ. journ. of obst. and diseases of women and children*, 1911, p. 419.
- WALLART. — Des altérations de l'ovaire dans la môle hydatiforme et dans les grossesses normales. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, LIII.

- Beitrag zur Frage des ovarialveränderungen bei
Blasenmole und malignen chorioepitheliom. *Z.
f. Geb. und Gyn.*, LVI, 1905.
- WEYMEERSCH. — Môle tubaire. *Bull. belge de gyn. et d'obs-
tétrique*, XXIV, p. 28.
- WIENER. — Polycystic lutein degeneration. *Am. journ. of
obst.*, 1907, p. 165.
- WILLSON. — Chorionepithelioma following hydatiform
mole and giving rise to intraperitoneal hæmorrhage from in extension in the right mesosalpinx.
Proceedings of the royal Society of médecine, III,
avril 1913.

Vu et permis d'imprimer.	Vu et approuvé.
Montpellier, le 27 Mai 1921.	Montpellier, le 26 Mai 1921.
Le Recteur, Jules COULET.	Le Doyen, E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
